

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 81

Les scissurites tuberculeuses de l'enfance

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien FAURE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe-lauréat des Hôpitaux de Lyon

Prix Saint-Olive 1927

Né le 21 Juillet 1907 à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

LES SCISSURITES TUBERCULEUSES DE L'ENFANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 81

Les scissurites tuberculeuses de l'enfance

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien FAURE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe-lauréat des Hôpitaux de Lyon

Prix Saint-Olive 1927

Né le 21 Juillet 1907 à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGONENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGONENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHAILIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHAILIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PIERY, président ; CADE, assesseur ;
DUFOURT et GATÉ, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Sa vie, sous l'empire du Devoir,
faite d'un labeur constant, demeu-
rera pour nous l'exemple le plus
fécond et le soutien le plus ferme.

A MA MÈRE

Sa tendresse et son dévouement
inégalables lui assurent la recon-
naissance émue de notre piété
filiale.

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR T. FERRAN

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Croix de Guerre*

Il nous a montré en maintes cir-
constances l'affection vigilante qu'il
nous portait: nous avons fait appel
en lui à l'homme de science et
à l'homme de cœur; il nous a tou-
jours répondu avec des sentiments
qui lui valent notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERY
Professeur d'Hydrologie et Climatologie
à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse. Nous l'assurons de toute no-
tre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Il fut le maître aimable, le clinicien éminent qui nous initia à la Pédiâtrie. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et guidé dans son élaboration.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOURT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Nous avons l'honneur d'être son interne et nous apprécions tous les jours son enseignement clinique. Il a bien voulu accepter de faire partie de notre jury. Nous le remercions vivement de cette double marque d'intérêt qu'il nous porte.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Introduction

Dans la pathologie infantile, il est une entité nosologique qui dépasse de loin toutes les autres maladies par son expansion et la gravité de son atteinte : c'est la tuberculose ; ses manifestations cliniques sont beaucoup moins caractéristiques chez l'enfant que chez l'adulte. L'enfant est porteur de localisations ganglionnaires, pratiquement absentes chez l'adulte ; c'est encore l'enfant qui présente le chancre de primo-inoculation ; d'autre part il est à une période de croissance. Toutes ces conditions spéciales contribuent à créer la diversité des aspects cliniques de la tuberculose infantile. A cette entité nosologique ne correspond pas une entité clinique.

On a cherché des signes qui permettent d'affirmer la tuberculose ; ils sont peu nombreux : la clinique n'en fournit aucun ; l'interrogatoire peut en donner un précieux sous la forme d'antécédents héréditaires ; la notion de contact avec un tuberculeux est d'un grand intérêt. Von Pirquet a donné, avec la cuti-réaction à la tuberculine, un moyen de diagnostic de très grande valeur.

Les images radiologiques elles-mêmes sont souvent de

peu de secours : en dehors de la granulie, aucune ne permet d'affirmer la tuberculose.

Or, la scissurite doit être comprise comme un moyen de diagnostic de la tuberculose ; sans doute ce moyen est-il imparfait ; mais, placé parmi des moyens semblables, il trouve toute sa valeur.

Toutes les scissurites ne sont pas tuberculeuses, mais la majorité est l'œuvre du bacille de Koch ; les autres sont sous la dépendance de pneumonies ou de broncho-pneumonies banales ; nous les éliminons du cadre de notre travail et ne les étudierons qu'au diagnostic différentiel.

Une scissurite n'est pas une maladie, une entité morbide possédant un syndrome clinique caractéristique, une évolution propre. Ce n'est qu'une détermination anatomique de la tuberculose pulmonaire, qui ne peut être diagnostiquée que si l'on possède la preuve directe de cette localisation, preuve fournie par la radiologie.

Définition

La scissurite est aussi appelée pleurite interlobaire ; il s'agit en effet d'une inflammation de la plèvre de l'interlobe. Mais les inflammations de l'interlobe qui s'accompagnent d'un épanchement liquidien ou gazeux ne sont pas des scissurites.

M. Péhu propose de donner le nom de scissurite à une

inflammation plastique ou adhérentielle atteignant, soit les lèvres seules, soit la totalité d'une scissure interlobaire.

Nous présenterons, dans une première partie, des observations de scissurite tuberculeuse accompagnées de quelques planches montrant, soit une radiographie, soit un schéma radioscopique, soit une pièce anatomique.

Dans une deuxième partie, nous ferons une étude synthétique des scissurites tuberculeuses de l'enfance, en utilisant les constatations faites au préalable.

PREMIÈRE PARTIE

Observations

OBSERVATION I

Il s'agit d'une enfant Jour... Suz..., née le 26 avril 1929, entrée dans le Service du Docteur Péhu (Hôpital Debrousse) le 12 avril 1930 et décédée quatre jours après. Lors de son entrée, elle présentait des signes de méningite à laquelle cette fillette succomba bientôt. L'auscultation thoracique n'a décelé chez elle aucune particularité.

Une radiographie thoracique pratiquée un jour avant la mort montra dans l'hémithorax droit, une figure très typique. Lorsqu'on le regarde par sa face antérieure (voir planche I), l'hémithorax droit montre une ligne qui, partant du bord externe du thorax à l'union des deux moitiés supérieure et inférieure, se dirige vers la colonne vertébrale en décrivant une courbe à concavité inférieure, d'un grand rayon et qui se termine à un centimètre environ du bord droit du cœur. Cette ligne a une épaisseur régulière d'un millimètre et demi, une coloration noire (sur les positifs), uniforme, des bords très

délimités. Elle paraît correspondre nettement à la scissure interlobaire supérieure. Au-dessous d'elle, et comme occupant toute sa concavité en haut, existe une ombre ovalaire, à grand axe horizontal, affectant dans l'ensemble la forme d'une amande, ou mieux d'une lentille biconvexe. Son aire présente une coloration d'un gris peu prononcé, uniforme, qui, dans une grande étendue, est traversée par l'image d'une côte. Le reste de l'hémithorax droit montre à sa partie supérieure une image anormale. On relève, en effet, accolée à la colonne vertébrale, occupant deux centimètres de long de la colonne une ombre demi-circulaire, affectant la forme d'une amande presque tout entière collée contre la colonne, à grand axe vertical: elle ressemble nettement à une masse ganglionnaire paratrachéale.

L'hémithorax gauche présente une tache sus-diaphragmatique occupant dans l'hémithorax une position médiane et remplissant deux espaces intercostaux: elle a le volume d'une noix. Sur les positifs, elle a aussi une teinte grise uniforme.

L'autopsie a confirmé l'existence d'une tuberculose très étendue.

Sur le bord droit de la trachée, volumineux ganglion (noix) à contenu caséeux. Au-dessous de lui, on en constate un autre du volume d'un haricot, également caséeux. A gauche, ganglions de volume normal, sains.

Poumon droit. — La scissure inférieure est libre, dans presque toute son étendue, sauf à l'extrême fond où l'on constate quelques adhérences filamenteuses, peu nombreuses. Par contre, la scissure supérieure est complètement soudée dans son étendue tout entière. Les deux lèvres de la scissure, particulièrement la lèvre supérieure, présentent un épaissement sous la forme d'une petite bande occupant l'espace même de la scissure, d'en-

viron deux millimètres d'épaisseur: cet épaissement est constitué par une couenne blanchâtre dense, ne faisant aucune saillie. La coupe macroscopique (planche II) qui est annexée à cet article montre bien la succession des altérations^o anatomiques. C'est une coupe frontale: elle comprend une partie supérieure, triangulaire à base supérieure constituée par un tissu un peu densifié, mais sans caractères bien saillants; puis une bande très mince un peu sinueuse, figurée en blanc sur la photographie: elle représente un épaissement peu accentué, mais évident de la plèvre bordant la lèvre supérieure de la scissure. Puis, sur une largeur de deux millimètres et sur une longueur d'un centimètre, une bande homogène de tissu blanchâtre: c'est la couenne dont il a été question. Enfin au-dessous, une zone d'un centimètre et demi, contenant un tissu caséux sur lequel tranchent quelques granulations grises. Dans le reste du parenchyme à droite, rien à signaler. Aucune granulie.

Poumon gauche. — Le lobe inférieur présente à sa partie inférieure, des zones de bronchopneumonie banale, et un amas de la grosseur d'un pois de pus verdâtre très dense. La scissure est absolument libre.

Rien dans les viscères splanchniques. Aucune granulie.

Cerveau. — Méningite tuberculeuse caractérisée.

L'examen histologique a été pratiqué au Laboratoire d'anatomie pathologique de M. le Professeur Favre. En voici le résultat :

Vue à un faible grossissement, la préparation paraît nettement divisible en trois zones :

a) une zone supérieure, où l'on retrouve encore l'aspect alvéolaire du poumon normal;

b) une zone inférieure tout entière caséuse, sauf dans sa partie externe, où l'on retrouve quelques alvéoles très modifiés;

c) une zone intermédiaire ou plus exactement une

bande, oblique en bas et en dehors, séparant la zone caséuse de la zone alvéolaire.

En rapprochant la photographie de la pièce macroscopique de la préparation, on reconnaît que la zone supérieure correspond au lobe supérieur du poumon, la zone inférieure au lobe moyen; quant à la bande intermédiaire, elle paraît correspondre à la scissure symphysée; mais la symphyse est de date ancienne, car elle est absolument totale, et à aucun endroit, il n'est possible de retrouver la trace de l'endothélium pleural interlobaire.

Vues à un fort grossissement, ces différentes zones montrent les lésions suivantes :

a) *Au niveau de la partie supérieure*, on retrouve des alvéoles pulmonaires, les uns augmentés de volume et vides, les autres au contraire de volume normal et remplis par une exsudation œdémateuse, sans réseau de fibrine, ni élément cellulaire. Les alvéoles qui sont le siège de cette alvéolite œdémateuse, sont groupés en îlots, autour d'une bronchiole intralobulaire et de son vaisseau (ceux-ci ne paraissent d'ailleurs pas altérés). Les cloisons qui séparent les alvéoles sont considérablement augmentées d'épaisseur et les cellules y sont très nombreuses.

Près de la bande intermédiaire, il n'y a plus d'alvéoles vides, mais des alvéoles œdémateux. Plus près encore de la bande, les alvéoles ont complètement disparu, il n'y a plus qu'un tissu formé par des fibres conjonctives fines et courtes, entremêlées dans tous les sens en un réseau assez lâche, entre les mailles duquel se disposent des éléments cellulaires cubiques à gros noyau, et qui parfois se groupent en s'alignant les uns à côté des autres.

b) *La partie intermédiaire* est formée par des travées assez larges, au nombre de deux ou trois, courant, toutes parallèles, obliques en bas et en dehors, se réunissant

parfois pour se séparer à angles très aigus. Elles sont formées par une dizaine de fibres chacune. Ces fibres que le safran a colorées en jaune sont larges de 7 à 8 mm. et assez longues pour occuper tout le champ de la préparation; elles sont uniformes, ne présentant aucun détail de structure. Elles se dirigent toutes dans le sens des travées, s'anastomosant entre elles, mais gardant cependant leur direction assez parallèle.

Entre les travées se trouvent des îlots très vascularisés, avec des vaisseaux très nombreux, très dilatés; ces vaisseaux néoformés sont parfois presque contigus les uns aux autres. Ces îlots sont pour le reste formés par des cellules épithéliales assez abondantes qui, par endroits, envoient des coulées coupant les travées conjonctives. On trouve déjà dans cette zone quelques cellules géantes.

c) *La partie inférieure* de la préparation est formée par une plage de tissu caséux qui se rattache à la bande intermédiaire par une zone de cellules épithéliales bourrées de cellules géantes.

A la partie externe, cette masse caséuse laisse cependant libres quelques alvéoles bourrés de cellules plus ou moins altérées.

Enfin, au niveau du bord externe de la préparation, on retrouve par endroits, quelques cellules aplaties qui paraissent appartenir au feuillet viscéral de la plèvre. Elles sont recouvertes par une légère exsudation. Sous ces cellules aplaties, on trouve le tissu cellulaire sous-pleural, qui se confond (ou plus exactement semble se confondre) avec les travées conjonctives de la bande intermédiaire.

OBSERVATION II

Por... V..., 22 mois. Entre le 21 février 1925 à la Crèche Colrat pour toux, fièvre et perte de poids. Père tuberculeux avéré. La mère a eu une pleurésie en 1920; elle

tousse fréquemment, a eu une hémoptisie. Pas de fausse couche.

V... est son premier enfant, née à terme elle pesait 3.500 gr. Elle fut d'abord nourrie au sein pendant 6 mois. Rougeole à 9 mois.

Depuis un mois elle tousse; depuis quinze jours elle refuse de manger et a de la fièvre.

A l'entrée : enfant de 22 mois pesant 9,290 gr.; son poids est donc nettement insuffisant. Elle a pourtant assez bon aspect général, elle est apyrétique. L'examen thoracique révèle des rouschus à droite. Le reste de l'examen somatique est négatif.

Cuti-réaction à la tuberculine très positive.

Le 3 juillet 1925. Assez bon état général. Température normale. Prise lente du poids. A l'examen thoracique on trouve une matité franche sous la clavicule; submatité en arrière et dans l'aisselle. En avant, l'auscultation montre l'obscurité respiratoire presque absolue et quelques râles secs de type muqueux vers le sternum; en arrière on perçoit seulement une légère diminution du murmure vésiculaire et quelques râles muqueux.

A partir de ce jour, tous les examens pratiqués font percevoir des signes d'induration du lobe supérieur du poumon droit. De février 1925 à février 1929, la matité persiste. Mais elle va s'atténuant progressivement pour ne plus constituer en 1929 qu'une submatité.

La croissance pondérale se fait lentement. L'enfant est maigre. La température reste normale.

Parallèlement à ces données cliniques, voici les renseignements fournis par la radiographie. Le 4 avril 1925, une radiographie thoracique montre un triangle pneumonique à droite. De 1925 à 1927, on assiste lentement à la disparition de cette image. En janvier 1926 le triangle diminue de hauteur, il devient une *bande transversale* à bords mal limités. En février 1926, c'est une bande

bien marquée (planche IV). En avril 1927, elle n'est plus représentée que par une grisaille mal délimitée. En février 1929, on voit aux lieu et place des images précédentes une ligne indiscutable de scissurite s'étendant d'un trait fin, régulier en ligne droite du hile à l'aisselle. D'autres radiographies prises en juillet et en novembre 1929, en juin 1930, montrent toujours cette image de scissurite. Tel est le processus qu'une série de quinze radiographies étagées sur 5 années a permis de suivre dans tous les détails de son évolution.

En conclusion : Chez cette enfant tuberculeuse, il s'est produit un processus d'infiltration d'un lobe pulmonaire droit. Mlle Eliasberg a donné aux processus de cette sorte le nom d'infiltration épituberculeuse. Le dernier stade de cette lésion a été une scissurite.

OBSERVATION III

V... J..., 9 mois. Amené dans le service le 20 février 1930, pour toux et fièvre. Père en bonne santé. Mère tuberculeuse avérée. Pas de fausse couche. C'est le premier enfant. Poids à la naissance : 3.120 gr. Nourri pendant 15 jours au sein maternel, il fut ensuite placé en nourrice. Nourri au lait de vache coupé d'eau bouillie, sa croissance pondérale a été lente. Depuis 12 jours il tousse et présente de la fièvre.

Entre dans le service le 20 février 1930.

Poids : 6.950 gr. Température à 40°. Tachycardie. L'enfant est agité, il tousse; il est oppressé, polypnée à 52 par minute. Ni tirage, ni cyanose, ni battement des ailes du nez. Rythme respiratoire inversé par moments.

A l'examen : rachitisme discret.

L'examen thoracique est absolument négatif : la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal. La

Radioscopie montre un triangle pneumonique à droite. Une radiographie confirme l'existence de ce triangle. Cuti-réaction légèrement positive. La température se maintient en plateau à 40° jusqu'au 27 février. Du 27 février au 3 mars, elle s'abaisse en lysis. Elle restera normale par la suite.

Une radioscopie du 3 mars 1930 montre une bande opaque de la région sous-claviculaire droite, de faible hauteur. Une radiographie du 3 avril 1930 montre une bande grise à droite, limitée en bas par un *trait fin*, continu, plus sombre que la bande sus-jacente, nettement limité. Le 8 mai 1930, l'enfant quitte le service : il a bon état général, mais son poids est de 6.190 gr.

Cet enfant est un tuberculeux hypotrophique qui a présenté un foyer pneumonique du lobe supérieur droit marqué par un triangle radioscopique, la disparition de ce triangle a permis de voir une image de scissurite.

OBSERVATION IV

Zan... J..., 4 ans 1/2. L'enfant est amené dans le service le 3 mai 1930, pour fièvre et diarrhée.

Parents en bonne santé. Sept frères ou sœurs de l'enfant sont également bien portants. Quatre sont morts peu de jours après la naissance d'affections indéterminées. J..., né à terme eut une croissance pondérale normale. En 1929, il eut la coqueluche non compliquée.

Le début de l'affection actuelle remonte au 26 avril 1930. Depuis cette date l'enfant a de la fièvre et de la diarrhée.

A l'entrée : enfant de 4 ans 1/2 de constitution robuste. La température est à 39°. Pas de toux. La diarrhée ne persiste pas plus d'un jour.

L'examen somatique est négatif : au thorax et à l'abdomen en particulier on ne trouve rien d'anormal.

Cuti-réaction à la tuberculine positive.

Une radiographie du 10 mai 1930 montre une adénopathie paratrachéale très accusée et une *scissurite droite* limitée très nette.

La température reste irrégulière entre 37° et 38° jusqu'au départ du malade. Le 3 juin 1930 ses parents viennent le retirer.

En résumé : état fébrile persistant avec adénopathie paratrachéale et scissurite droite tuberculeuses.

OBSERVATION V

Del... L..., 8 ans 1/2.

L'enfant est amené dans le service le 3 avril 1930 pour toux et fièvre.

Mère morte de tuberculose pulmonaire. Grand'mère et une sœur mortes de tuberculose pulmonaire. D'autres frères et sœurs toussent.

L'enfant, né à terme, a été nourri au sein maternel pendant 1 an. Il a toujours toussé.

A l'entrée : enfant de 8 ans 1/2. Température subfébrile.

A l'examen on trouve une diminution de l'ampliation thoracique sur la face postérieure du tiers inférieur de l'hémithorax gauche. A droite, quelques râles muqueux.

Cuti-réaction positive. On ne trouve pas de B.K. dans les crachats à deux examens différents.

Une radioscopie du 3 avril montre dans l'hémithorax droit une ligne sombre transversale *surtout visible en position lordotique*, révélatrice de scissurite (planche VI).

Une radiographie du 4 avril montre en outre de chaque côté du sternum, une image triangulaire ayant un côté diaphragmatique, un côté sternal et un troisième côté oblique en bas et en dehors.

L'enfant continue à présenter une expectoration matinale purulente, dépourvue de B.K. Il a des doigts légèrement hypocratiques. Sa température oscille autour de 38°. Le 21 mai 1930, ses parents l'emmènent après signature d'une décharge. Une radiographie faite ce jour montre la disparition de la bande scissurale. En résumé, enfant tuberculeux présentant des signes physiques de bronchite banale et à la radioscopie une bande scissurale droite non retrouvée six semaines plus tard.

OBSERVATION VI

Cas... C..., 4 ans. L'enfant est amenée le 21 février 1930 pour anorexie.

Parents en bonne santé. Une fausse couche de 3 mois. Elle a 3 frères ou sœurs bien portants.

Personnellement, née à terme, elle eut une croissance normale. Aucune des maladies de l'enfance.

Depuis un mois, anorexie et perte de poids. Elle n'a ni toux ni fièvre.

A l'entrée : enfant de 4 ans, pesant 12 kilos 400. Apyrétique.

Examen somatique négatif.

Cuti-réaction à la tuberculine positive.

Une radioscopie du 24 février 1930 montre seulement une masse sombre dans la région hilare, sans image scissurale.

Une radiographie du même jour montre une ligne scissurale nette dans le champ pulmonaire droit.

Le 28 mars 1930, elle présente une température à 39°4 une respiration soufflante dans le tiers supérieur du poumon droit en arrière.

Le 29 mars 1930, une radiographie montre une *ombre scissurale droite* (planche III).

Le 7 avril, elle est emmenée par sa famille, après signature d'une décharge.

En résumé : cette enfant anorexique et hypotrophique a présenté une respiration soufflante dans le tiers supérieur droit du thorax. La radiographie a montré une ligne scissurale indiscutable.

OBSERVATION VII

Orf... L..., 12 ans. Entre dans le service le 8 juillet 1930, pour fièvre, phénomènes abdominaux et thoraciques.

Parents en bonne santé.

Pas d'antécédents personnels tuberculeux.

Le début de l'affection actuelle remonte au mois de juin 1930 : il eut de la fièvre et toussa, puis constata une augmentation de volume de l'abdomen.

A l'entrée : température à 38°3.

A l'abdomen on trouve les signes d'une ascite libre. Au thorax existe un épanchement liquidien à gauche. A droite épanchement liquidien en faible quantité. En somme, syndrome de Fernet et Boulland typique. Une radioscopie du 11 juillet 1930 montre une courbe de Damoiseau dans l'hémithorax gauche.

Une radiographie du même jour montre en outre une *image de scissurite double*, l'une droite, l'autre gauche (planche V).

Le 1^{er} août 1930, les épanchements sont résorbés et une radiographie montre la persistance d'une scissurite double.

OBSERVATION VIII

G... M., 10 ans. Entre dans le service le 13 juin 1930 pour douleurs abdominales et diarrhée.

Aucun antécédent héréditaire ni collatéral.

Personnellement, elle eut la rougeole compliquée de bronchite; depuis elle tousse tous les hivers.

En 1928, fièvre typhoïde sans complication.

En 1929, adénite cervicale suppurée.

Durant un séjour à Giens, elle a des douleurs abdominales et des vomissements; elle maigrit de 3 kilogs.

A l'entrée, fillette de 10 ans, subfébrile, amaigrie, pâle, anorexique. Elle a un syndrome dysentérique : une dizaine de selles par jour avec épreintes et faux besoins; ses selles ne contiennent que des glaires et du sang, très peu de matières.

L'examen de l'abdomen révèle la présence d'une tumeur allongée dans le flanc gauche et l'hypogastre, elle a la forme et la consistance d'une aubergine.

° Toucher rectal négatif.

Recherche du Bacille de Koch dans les selles négative, ainsi que la recherche des parasites intestinaux et des bacilles dysentériques. Coproculture négative.

Une cuti-réaction à la tuberculine est très positive.

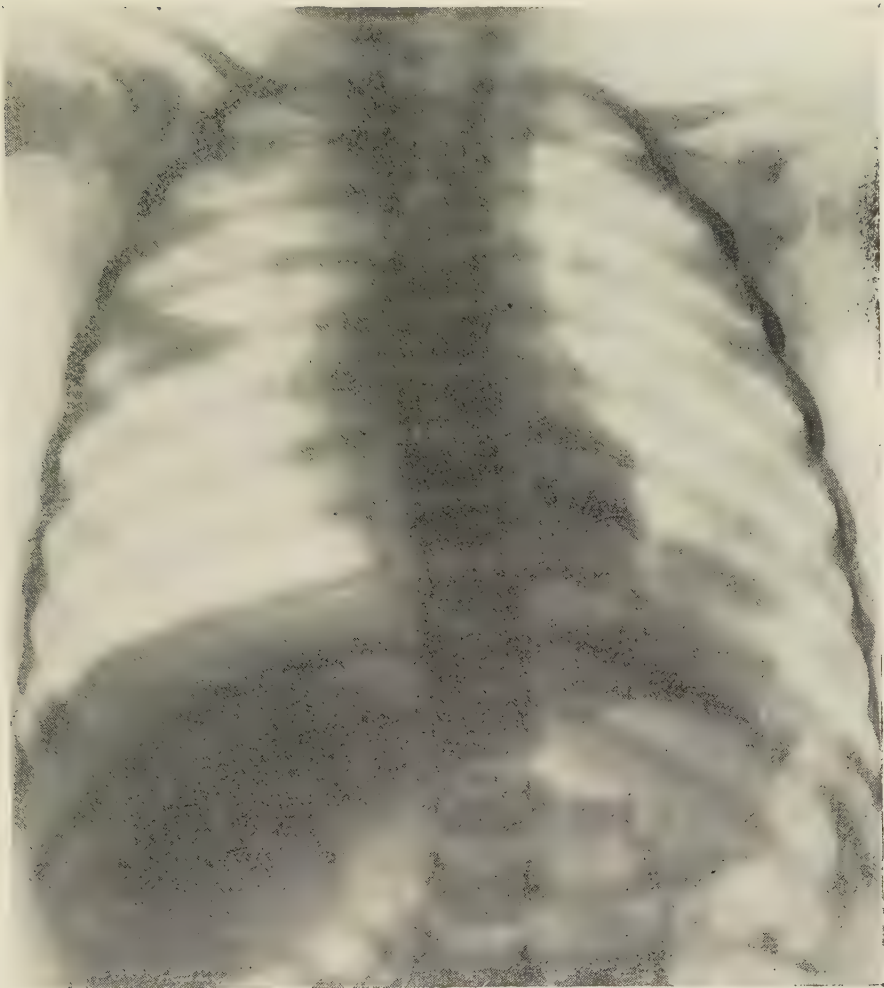
Une radiographie thoracique du 14 juin 1930 montre une ombre scissurale droite indiscutable.

On se trouvait en présence d'un syndrome dysentérique, accompagnée d'une tumeur abdominale. La nature de cette entéro-colite ne put être trouvée par aucun examen des selles; l'enfant n'avait pas d'antécédents tuberculeux; et n'avait aucun signe clinique pulmonaire et un seul signe radiologique : la scissurite. C'est l'existence de cette scissurite qui nous a permis de rattacher à la tuberculose cette entéro-colite dysentérique, la cuti-réaction n'ayant pas une valeur absolue chez une enfant de 10 ans.

OBSERVATION IX

F... G..., 5 ans 1/2. Entre dans le service le 11 février 1924 parce qu'il tousse. Parents bien portants. Sept faus-

PLANCHE I



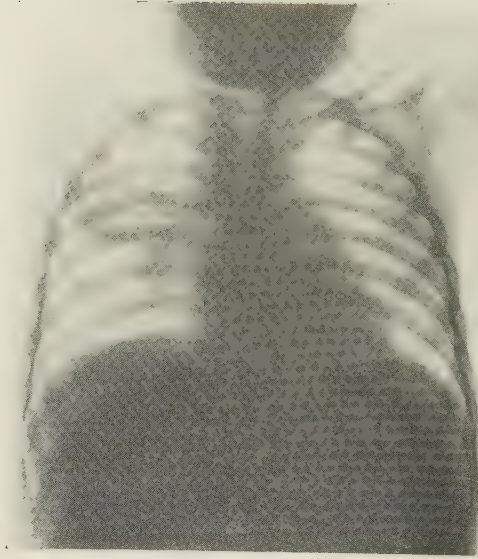
Observation N° I. - Jour... Suz...
Radiographie thoracique : chancre d'inoculation et scissurite droits.

PLANCHE II



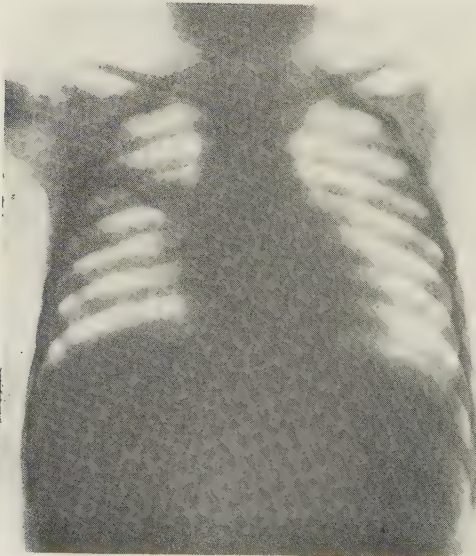
Observation N° I. - Jour... Suz...
Coupe frontale de la pièce anatomique.

PLANCHE III



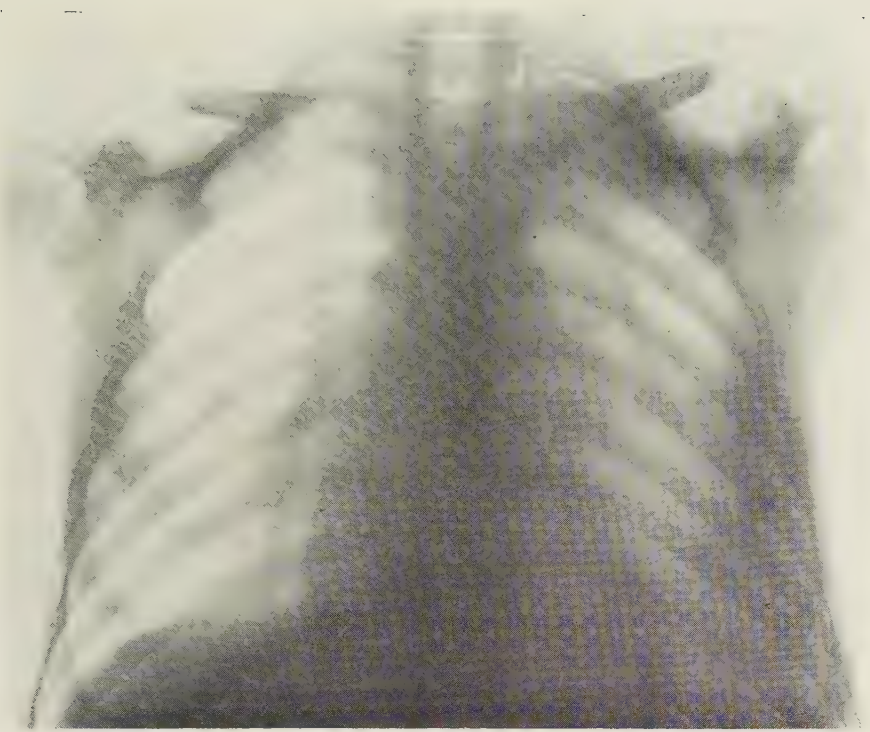
Observation N° VI. - Cas... C...
Radiographie thoracique : scissurite droite.

PLANCHE IV



Observation N° II. - Por... V...
Radiographie thoracique : scissurite droite.

PLANCHE V



Observation N° VII. - Orf... L...
Radiographie thoracique : scissurite double.

PLANCHE VI



Observation N° V. - Del... L...
Schéma radioscopique : scissurite droite.
En position lordotique.

PLANCHE VII



Observation de scissurite pneumonique non tuberculeuse.
Ligne transversale droite et ombre parenchymateuse.

PLANCHE VIII



Raie transversale bronchique mise en évidence par une injection de lipiodol.

ses couches. Un accouchement prématuré spontané a donné naissance à un enfant qui est mort un mois après. Deux autres enfants bien portants.

Il tousse tous les hivers depuis 3 ans. Il est malade depuis un mois; il tousse et a de la fièvre.

A l'examen on ne trouve que quelques sibillances. En somme bronchite banale.

Le 15 février commence une scarlatine typique qui évolue normalement sans albuminurie.

Le 25 février, la desquamation se fait. La température est revenue à la normale.

Le 28 février, la température atteint 40° le soir, puis 37°5 le matin, température oscillante. Pas d'albuminurie.

Le 4 mars, on trouve les signes d'un épanchement liquidien de la grande cavité pleurale à droite. Une ponction exploratrice de la plèvre retire un liquide séro-fibreux. Le 6 mars une radioscopie montre une ligne de Damoiseau à droite et une *image scissurale* à gauche.

Cuti-réaction à la tuberculine légèrement positive.

Le 26 mars, on observe la disparition de la ligne de Damoiseau à droite; l'ombre scissurale en triangle à base métastinale persiste.

Jusqu'au 23 mai, date de sa sortie, on observe l'ombre scissurale.

En somme, nous observons une association d'une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité avec une scissurite du côté opposé.

OBSERVATION X

Laf... Henr..., née le 10 décembre 1925.

Pas d'antécédents familiaux ni personnels.

Examinée pour la première fois le 20 avril 1928 par le Docteur Péhu. Malade depuis Pâques 1927. Tousse depuis cinq mois.

Multiples gommes sous-cutanées disséminées sur les bras et sur les jambes. Ce sont des gommes crues sans adénopathies des ganglions correspondants.

A l'auscultation thoracique, on ne trouve que des râles disséminés plus accusés à la base gauche.

Une radioscopie pratiquée ici a montré une augmentation marquée des ganglions des deux côtés et nettement une *bande scissurale* à gauche, traversant tout l'hémithorax gauche en avant. Le reste du thorax est normal et les plages pulmonaires n'ont aucune altération.

21 juin 1928 : Etat général très précaire; amaigrie et cachectique.

Encore multiples gommes sous-cutanées.

La radioscopie a donné un résultat identique.

OBSERVATION XI

Zimmerm... Jacqueline, née le 8 juillet 1921.

Examinée par le Docteur Péhu le 9 juillet 1929.

Amenée parce que, depuis deux mois, elle tousse et présente de la fièvre modérée.

Etat général satisfaisant.

La percussion du thorax montre une submatité suspendue placée au tiers moyen de l'hémithorax dans toute sa longueur.

Auscultation négative; à peine un peu d'obscurité. Aucun bruit surajouté.

Pas d'immobilisation de l'hémithorax.

Rate non augmentée de volume.

La radioscopie montre la présence d'une *bande transversale* étendue à tout l'hémithorax droit avec une largeur d'environ un centimètre et demi, à bords nettement circonscrits en haut, tandis qu'en bas ils sont mal déli-

mités, prolongés par une ombre floue qui s'étend sur environ deux centimètres de largeur.

Les plages pulmonaires des deux côtés ne montrent rien.

La radioscopie de la région médiastine ne dénote aucun changement dans l'image normale.

Revue le 28 octobre 1929.

Va bien, mais aucun changement dans l'image radioscopique.

6 septembre 1930 :

Pas de changement notable; état général satisfaisant.

A pris du poids: 10 kilogs depuis le 8 juillet 1929.

Mais l'image radioscopique n'a pas changé : dans la position lordotique on fait apparaître une bande plus forte et plus large que dans la position verticale; dans la position oblique on ne voit pas la bande; de même dans la position postérieure, on ne l'aperçoit pas.

OBSERVATION XII

Jo... Victor, né le 3 mai 1922.

Examiné par le Docteur Péhu le 29 mars 1929, pour toux depuis deux mois.

Présente un épanchement pleural droit.

Réexaminé le 11 avril 1930.

L'auscultation thoracique est entièrement négative.

Par contre, la radioscopie du thorax montre la présence d'une *scissurite* inférieure droite nette, avec intégrité de la plage pulmonaire.

Revu le 24 octobre 1930.

Va bien, disparition complète de la scissurite, retour de l'image normale du thorax.

OBSERVATION XIII

Bour... Maurice, né le 13 avril 1920.

Pas d'antécédents personnels dignes d'être relatés.

Ausculté et radioscopé le 21 février 1928 pour une névralgie thoracique à gauche : l'examen a été négatif.

Mais, vers fin mai, a été examiné à Paris, et le médecin-traitant, le Docteur Genenvrier, a trouvé une scissurite double.

10 juin, examiné par le Docteur Péhu : auscultation pulmonaire thoracique à peu près négative, sauf un peu d'obscurité aux deux sommets, prédominante à droite.

Mais une radiographie a montré une *scissurite bilatérale*, symétrique, intéressant des deux côtés la scissure supérieure. Autour d'elle, un peu de gris de la plage et de nombreux ganglions juxta-trachéaux et hilaires. De plus, à droite, dans la partie supérieure, les côtes dévalent plus rapidement qu'à gauche.

Température subfébrile. Etat général satisfaisant.

Ultérieurement a évolué une tuberculose d'un type moyen, sans beaucoup de fièvre.

Une note remise par le médecin traitant à la date du 8 juillet 1929, est ainsi rédigée :

« Lésions tuberculeuses droites encore actives, mais donnant l'impression d'une réelle régression. Le poumon gauche est, pour ainsi dire, sinon revenu à l'état normal, au moins complètement stabilisé avec diminution considérable des taches radiologiques. L'état général est assez bon. »

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Telle qu'on la conçoit actuellement, la notion de scissurite est récente : elle n'est pas antérieure au début de ce siècle. Elle a d'abord été mise en évidence chez l'adulte : Sabourin décrit en 1907 les points de côté scissuraux ; en 1912, les interlobites sèches et les pleurites en bouton de chemise ; en 1914 et en 1917, il en précise certains points. A Lyon, M. Piery, en 1910, dans un ouvrage sur *La Tuberculose pulmonaire*, s'attache à leur étude. En 1916, il montre la fréquence de la pleurite tuberculeuse à répétition ; en 1919, il étudie les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire et leur valeur séméiologique. Quelques années plus tard, en 1924, M. Sergent

revient sur les pleurites sèches et cordico-pleurites, sur les symphyses pleurales.

En 1914, une communication orale de M. Péhu et Mlle Mouret à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon précisait les points suivants : l'aspect radiologique de la scissurite, les signes cliniques qui la traduisent, les conditions dans lesquelles on a coutume de la constater.

MM. Péhu et Brochier étudient les scissurites tuberculeuses de l'enfant dans le *Paris Médical* de 1928. En 1930, dans la *Revue Française de Pédiatrie*, MM. Péhu et Vallin reviennent sur cette question.

Le travaux radiologiques de M. Antoine Béclère ont permis d'établir plus facilement le diagnostic des inflammations de l'interlobe. M. Béclère a eu le mérite de montrer dans quelles conditions on peut mettre en évidence, par des déplacements de l'ampoule, les divers aspects de la scissurite.

En 1922, MM. Edmond Weill et André Dufourt publient, dans le *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, un article où ils envisagent quelques points de radiologie pulmonaire chez l'enfant, parmi lesquels se trouvent quelques données précises sur les scissurites.

La littérature étrangère a apporté dans ces dernières années, avec les travaux de M. Félix Fleischner (de Vienne), une contribution remarquable à l'étude des scissurites. Cet auteur a publié en 1924 un mémoire sur la pleurite médiastino-interlobaire, manifestation fréquente de la tuberculose des ganglions médiastinaux. En 1926 a paru un deuxième mémoire intitulé : *Radiologie de la pleurite interlobaire et son diagnostic différentiel*.

Le mémoire de 1924 étudie la scissurite dans ses rap-

ports avec la tuberculose ganglionnaire ; sur les cinq observations rapportées par l'A., quatre concernent des enfants de 7 à 12 ans. M. Fleischner étudie la position à donner au malade pour l'examen radiologique ; l'importance de cette indication nous obligera à y revenir dans un chapitre spécial ; il pense que la cause des scissurites réside le plus souvent dans l'adénopathie médiastinale.

Le deuxième mémoire, celui de 1926, comporte une étude détaillée de la pleurésie interlobaire : M. Fleischner étudie l'anatomie, la physique, la physiologie des épanchements pleuraux et leurs rapports avec le diagnostic radiologique et la technique de l'exploration. L'A. recommande de multiplier les positions de l'ampoule et du malade. Ce deuxième mémoire présente l'intérêt d'une étude générale des pleurésies interlobaires.

En 1926, M. Courtine a soutenu à Paris une thèse sur les scissurites de l'enfance et leur diagnostic radiologique. Il conclut que dans 80 % des cas les scissurites reconnaissent une étiologie tuberculeuse.

Au Congrès de Naples de 1927, M. Gismondi (de Gênes) a fait une intéressante communication relative à la pleurite interlobo-médiastinale ; l'A. a relevé onze cas de scissurites chez des enfants ; il a mis en œuvre le procédé d'exploration radiologique de M. Fleischner. En outre, il décrit un signe physique nouveau.

Un certain nombre d'autres articles et publications ont paru, mais sans apporter d'élément nouveau.

Cependant une exception doit être faite pour un mémoire de M. Arvid Wallgren, de Göteborg (Suède). Il signale au cours de cet article la fréquence remarquable des pleurésies médiastino-interlobaires dans l'enfance.

CHAPITRE II

Anatomie normale des scissures interlobaires

Les scissures interlobaires sont les espaces virtuels qui séparent entr'eux les différents lobes d'un même poumon. L'étude de leur anatomie doit, après quelques considérations générales, comprendre leur topographie, leur structure histologique et leur système lymphatique.

I. - Considérations générales

Chaque lobe du poumon est entouré sur toute sa surface par la plèvre viscérale ; il n'existe aucun pont de parenchyme qui l'unisse à un lobe voisin. Il n'a de communication normale avec les organes médiastinaux que par son pédicule broncho-vasculaire. Bronche, vaisseaux pulmonaires et bronchiques, vaisseaux lymphati-

ques ne pénètrent dans le lobe pulmonaire que par son angle le plus interne et le plus profond. Partout ailleurs, la plèvre isole le lobe pulmonaire. En avant, en dehors et en arrière, c'est la plèvre de la grande cavité. En dedans, c'est la plèvre médiastine. En bas, pour les lobes inférieurs, c'est la plèvre diaphragmatique. Entre les lobes c'est la plèvre scissurale, appelée plus simplement scissure.

Le nombre inégal de lobes pulmonaires, suivant le côté considéré, entraîne l'existence d'un nombre inégal de scissures d'un hémithorax à l'autre. A gauche, les deux lobes sont séparés par une scissure ; à droite, les trois lobes sont séparés par deux scissures.

Il est difficile de trouver à leur sujet une comparaison géométrique judicieuse qui puisse donner une idée exacte de leur forme. On a dit qu'elles pouvaient être considérées comme situées dans un plan ; il n'en est rien. Elles présentent en réalité une courbure à grand rayon dont la convexité n'a pas une orientation constante. Elles peuvent cependant, avec une approximation suffisante, être considérées comme planes. On se rappellera que cette conformation n'est pas rigoureusement l'état réel des scissures interlobaires.

Chaque scissure présente une direction particulière : à gauche, la scissure unique est fortement oblique en bas et en avant ; les lobes pulmonaires gauches sont de ce fait antéro-supérieur et postéro-inférieur. A droite, les deux scissures ont des directions différentes : la grande scissure est oblique en bas et en avant, mais avec une obliquité moins forte que la scissure gauche. La scissure oblique droite va de la face antérieure du poumon

jusqu'à sa face postérieure, tandis que la scissure horizontale droite s'arrête en arrière, à la ligne axillaire moyenne ; elle apparaît ainsi comme une bifurcation de la scissure oblique ; la partie inférieure de la scissure oblique serait l'autre branche de bifurcation.

On considère donc trois scissures : la scissure oblique droite, la scissure horizontale droite et la scissure gauche qui est oblique.

II. - Topographie

Il est d'un grand intérêt, pour le diagnostic radiologique des scissurites, d'étudier d'une façon précise les rapports des scissures avec la paroi thoracique.

L'anatomiste Luschka avait porté son attention sur la topographie des interlobes. Dès 1857 il avait établi, d'après ses études sur le cadavre, la projection des interlobes sur le gris costal. D'autres descriptions parurent ensuite qui ne firent que répéter les données de Luschka sans les contrôler. En 1892, Rochard fit d'importants travaux anatomiques sur la situation des scissures.

Ces deux séries de travaux ne sont pas absolument concordantes ; il existe en effet quelques divergences que Testut relève sans les trancher. On possède néanmoins des notions assez précises sur la topographie des scissures. Ces notions ont été confirmées par M. Garcin qui, ayant placé des feuilles d'étain dans les scissures d'un cadavre, pratique un examen radiographique dont les

résultats sont pleinement d'accord avec les conclusions antérieures des anatomistes.

La scissure oblique gauche commence en haut et en arrière, au niveau de l'extrémité vertébrale de la IV^e côte ou du III^e espace intercostal ; elle descend ensuite obliquement, croise la V^e côte dans la région axillaire, puis elle cotoie la V^e côte ; elle vient se terminer à la face interne de la III^e côte.

A droite, la scissure oblique ou grande scissure commence en haut et en arrière, au niveau de l'extrémité vertébrale de la III^e côte selon Luschka, donc en un point supérieur au point homologue de scissure gauche. Mais, pour Rochard, elle commence plus bas, en regard de la V^e côte. De là elle se porte obliquement en bas et en avant, dans le V^e espace intercostal ou à la face interne de la VI^e côte, à 5 ou 10 cm. de la ligne médiane. Au niveau de la ligne axillaire elle est en rapport avec la V^e côte ou avec les espaces intercostaux sus ou sous-jacents.

La scissure horizontale droite naît de la précédente au niveau du IV^e espace intercostal, dans la partie de cet espace qui est recouverte par l'omoplate. De là elle se porte en avant, croise très obliquement la face interne de la IV^e côte et vient se terminer à la face postérieure du sternum, en regard du III^e espace intercostal, ou bien de la III^e ou IV^e côte.

Il faut remarquer que la scissure gauche est bien plus oblique que la scissure oblique droite : en effet, son extrémité postérieure est plus haut située et son extrémité antérieure plus basse que les points homologue de la scissure oblique droite.

Quant à la petite suture droite, elle est approximativement horizontale.

Ces données anatomiques auront leur importance en radiologie.

Il ne faut pas accorder une valeur absolue à ces notions sur la topographie des scissures ; même en dehors de tout état pathologique, il existe des variations suivant les individus et surtout d'après l'âge. C'est ainsi que chez l'enfant les scissures sont situées plus haut que chez l'adulte.

III. - Structure histologique

Les scissures interlobaires possèdent essentiellement la structure de la plèvre viscérale ; le feuillet pleural qui tapisse la face externe des poumons se réfléchit dans l'interlobe en tapissant les faces supérieure et inférieure des deux lobes adjacents. Dans l'interlobe, les deux feuillets viscéraux se trouvent adossés l'un à l'autre. Un glissement se fait entre les deux feuillets pleuraux qui permet aux lobes de se distendre et de se rétracter sans difficulté.

Chacun des deux feuillets de la plèvre présente une couche superficielle endothéliale et une couche profonde ou chorion qui adhère intimement au parenchyme pulmonaire sous-jacent. L'endothélium pleural est formé de plusieurs assises de cellules polygonales, aplaties. — Dybkowsky a décrit des stomates qui feraient communiquer la cavité pleurale avec les lymphatiques de la séreuse.

IV. - Le système lymphatique d'une scissure

A. — LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Il a d'abord été étudié par Dybkowsky : en 1867, celui-ci en pratique l'injection et en présente une étude anatomique fort intéressante. Mais c'est Bizzozero et Salvioli qui en ont donné la description la plus complète ; ils ont trouvé sur le feuillet viscéral de la plèvre un réseau superficiel à mailles très serrées, formé de vaisseaux très fins, et un réseau profond à vaisseaux très larges. Ce dernier communique à la fois avec le réseau superficiel de la séreuse et le réseau du parenchyme pulmonaire.

Les relations des vaisseaux lymphatiques sont très importantes à noter ; elles expliqueront bien des retentissements pathologiques.

Il ne faut pas omettre les constatations d'Heller : il a trouvé dans le tissu cellulaire sous-pleural de l'interlobe, non seulement des nodules lymphatiques microscopiques, mais encore de véritables ganglions visibles à l'œil nu ; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille.

La plèvre interlobaire est donc en rapport par ses vaisseaux lymphatiques :

- a) avec la plèvre de la grande cavité ;
- b) avec le parenchyme pulmonaire ;
- c) avec les ganglions lymphatiques du hile pulmonaire.

Il est nécessaire d'étudier la situation exacte de ces ganglions pour expliquer la genèse de certaines scissurites.

B.— LES GANGLIONS HILAIRES

Parmi les différents groupes de ganglions trachéo-bronchiques, certains sont assez éloignés de la scissure interlobaire. Ce sont les groupes que Baréty appela intertrachéo-bronchiques, sus-bronchiques droits, sus-bronchiques gauches. Mais il existe en outre un groupe beaucoup plus externe : ce sont les ganglions interbronchiques droits et gauches. Les plus profonds de ces ganglions sont situés à 3 ou 4 centimètres en dehors du hile, en plein poumon par conséquent.

Plus récemment, en 1926, M. Engel (de Dortmund) a repris l'étude des ganglions lymphatiques médiastinaux.

En 1930, dans un ouvrage fait en collaboration avec M. Pirket (de Vienne), il revient longuement sur cette question. Il montre une pièce anatomique comportant la trachée et l'arbre bronchique avec les artères pulmonaires et les ganglions lymphatiques. La figure suivante représente le schéma de cette pièce anatomique ; les différents groupes ganglionnaires y sont clairement indiqués :

Ganglions trachéo-bronchiques ;

Ganglions de la crosse aortique ;

Ganglions du canal de Botal ;

Ganglions de la bifurcation trachéale (droits et gauches) ;

Ganglions hilaires antérieurs droits ;

Ganglions hilaires antérieurs gauches ;

Mais surtout, en ce qui nous intéresse :

Ganglions hilaires postérieurs droits, encore appelés interlobaires ;

Ganglions hilaires postérieurs gauches, encore appelés interlobaires.

L'A. ajoute que « la situation des chaînes lymphatiques des espaces interlobaires droits ou gauches au voisinage de la plèvre explique la genèse des pleurésies interlobaires ».

Ces ganglions se prolongent dans l'intérieur du poumon ; on les trouve accolés aux ramifications de l'artère pulmonaire, dans le tissu conjonctif péri-vasculaire.

En résumé, les scissures interlobaires nous apparaissent comme des formations pleurales en relation intime avec le parenchyme pulmonaire sous-jacent, avec la plèvre de la grande cavité, la plèvre médiastine et les ganglions lymphatiques hilaires.

D'autre part, elles renferment des ganglions de petit volume, dont il ne faut pas oublier l'existence, car elle présente, du point de vue pathologique, une importance considérable.

Leur topographie permettra de comprendre les particularités de leur diagnostic radiologique.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique et genèse

Considérations générales

Les notions anatomo-pathologiques que l'on possède sur les scissurites tuberculeuses de l'enfance constituent **le chapitre le plus court** de leur étude.

Il est plutôt rare de pouvoir observer sur la table d'autopsie une pièce anatomique de scissurite. Cette affection est en elle-même généralement bénigne ; lorsque la mort survient, elle est le fait des lésions parenchymateuses associées ou d'un processus pathologique intéressant un autre organe. Quelle qu'elle soit, cette éventualité est rare chez l'enfant.

Dans l'immense majorité des cas, on se trouve dans cette alternative d'avoir l'examen clinique et radiologique d'une scissurite sans vérification anatomique, ou d'observer sur la table d'autopsie des adhérences scissu-

rales plus ou moins complètes, qui n'avaient jamais été décelées par la radiologie ni l'investigation clinique.

Il s'en suit que l'anatomie pathologique des scissurites tuberculeuses n'est pas très exactement connue. Le plus souvent en effet on est réduit à des suppositions tirées d'analogies avec des processus semblables.

Or, nous apportons une observation qui présente un intérêt remarquable, car son examen clinique et radiologique est complété par un examen anatomique qui lui confère toute sa valeur. Il s'agit de l'Observation n° I, que l'on peut lire en tête de cet ouvrage. Elle concerne une enfant de 11 mois : Jour... Suz..., qui présentait une image radiographique de scissurite sus-jacente à une ombre parenchymateuse homogène, et qui est décédée de méningite tuberculeuse.

Constatations anatomo-pathologiques

Elles sont tirées directement de l'observation que nous venons d'indiquer.

a) L'EXAMEN MACROSCOPIQUE montre une symphyse complète dans l'étendue tout entière de la scissure considérée. Cependant, il n'est pas rare de trouver, dans d'autres cas, le processus adhérentiel limité à la partie antérieure de la scissure, la partie postérieure étant absolument libre.

Les deux lèvres de la scissure, particulièrement la lè-

vre supérieure, présentent un épaississement sous la forme d'une petite bande occupant l'espace même de la scissure, d'environ deux millimètres d'épaisseur : cet épaississement est constitué par une couenne blanchâtre dense, ne faisant aucune saillie. La coupe macroscopique (planche II) qui est annexée à cet ouvrage, montre bien la succession des altérations anatomiques. C'est une coupe frontale : elle comprend une partie supérieure, triangulaire à base supérieure constituée par un tissu un peu densifié, mais sans caractères bien saillants ; puis une bande très mince, un peu sinueuse, figurée en blanc sur la photographie : elle représente un épaississement peu accentué, mais évident de la plèvre bordant la lèvre supérieure de la scissure. Puis sur une largeur de deux millimètres et sur une longueur d'un centimètre, une bande homogène de tissu blanchâtre : c'est la couenne dont il a été question. Enfin au-dessous, une zone d'un centimètre et demi contenant un tissu caséeux sur lequel tranchent quelques granulations grises.

b) L'EXAMEN MICROSCOPIQUE pratiqué au Laboratoire d'anatomie pathologique de M. le Professeur Favre a donné les résultats suivants :

Vue à un faible grossissement, la préparation paraît nettement divisible en trois zones :

A) *Une zone supérieure* où l'on retrouve encore l'aspect alvéolaire du poumon normal et qui correspond au lobe supérieur du poumon.

B) *Une zone inférieure* tout entière caséreuse, qui répond au lobe moyen.

C) *Une zone intermédiaire*, ou plus exactement une

bande séparant la zone caséuse de la zone alvéolaire. Elle paraît correspondre à la scissure symphysée.

La symphyse est de date ancienne, car elle est absolument totale et à aucun endroit il n'est possible de retrouver la trace de l'endothélium pleural interlobaire.

Vues à un fort grossissement, ces différentes zones montrent les lésions suivantes :

A) *Au niveau de la partie supérieure* on retrouve des alvéoles pulmonaires, les uns augmentés de volume et vides, les autres au contraire de volume normal et remplis par une exsudation œdémateuse, sans réseau de fibrine, ni élément cellulaire. Les alvéoles qui sont le siège de cette alvéolite œdémateuse, sont groupés en îlots, autour d'une bronchiole intralobulaire et de son vaisseau (ceux-ci ne paraissent d'ailleurs pas altérés). Les cloisons qui séparent les alvéoles sont considérablement augmentées d'épaisseur et les cellules y sont très nombreuses.

Près de la bande intermédiaire, il n'y a plus d'alvéoles vides, mais des alvéoles œdémateux. Plus près encore de la bande, les alvéoles ont complètement disparu, il n'y a plus qu'un tissu formé par des fibres conjonctives fines et courtes, entremêlées dans tous les sens en un réseau assez lâche, entre les mailles duquel se disposent des éléments cellulaires cubiques à gros noyau, et qui parfois se groupent en s'alignant les uns à côté des autres.

B) *La partie intermédiaire* est formée par des travées assez larges, au nombre de deux ou trois, courant, toutes parallèles, obliques en bas et en dehors, se réunissant parfois pour se séparer à angles très aigus. Elles sont formées par une dizaine de fibres chacune. Ces fibres

que le safran a colorées en jaune sont larges de 7 à 8 millimètres et assez longues pour occuper tout le champ de la préparation; elles sont uniformes, ne présentant aucun détail de structure. Elles se dirigent toutes dans le sens des travées, s'anastomosant entr'elles, mais gardant cependant leur direction assez parallèle.

Entre les travées se trouvent des îlots très vascularisés, avec des vaisseaux très nombreux, très dilatés; ces vaisseaux néoformés sont parfois presque contigus les uns aux autres. Ces îlots sont pour le reste formés par des cellules épithéliales assez abondantes qui, par endroits, envoient des coulées coupant les travées conjonctives. On trouve déjà dans cette zone quelques cellules géantes.

C) *La partie inférieure* de la préparation est formée par une plage de tissu caséeux qui se rattache à la bande intermédiaire par une zone de cellules épithéliales bourrées de cellules géantes. A la partie externe, cette masse caséuse laisse cependant libres quelques alvéoles bourrés de cellules plus ou moins altérées.

Enfin, au niveau du bord externe de la préparation, on retrouve par endroits quelques cellules aplaties qui paraissent appartenir au feuillet viscéral de la plèvre. Elles sont recouvertes par une légère exsudation. Sous ces cellules aplaties, on trouve le tissu cellulaire sous-pleural qui se confond (ou plus exactement semble se confondre) avec les travées conjonctives de la bande intermédiaire.

Nous venons d'exposer la constitution anatomo-pathologique d'une scissurite dans sa forme complète et totale: complète, parce que la symphyse est absolue et

ne permet aucun écartement des lèvres de la scissure ; totale, parce que ce processus adhérentiel atteint toute la scissure. Mais à côté de cette forme anatomique il est des scissurites incomplètes où les lèvres de la scissure ne sont reliées entr'elles que par des brides plus ou moins lâches ; il est enfin des scissurites partielles caractérisées par l'atteinte d'une partie seulement de la scissure, la partie antérieure habituellement.

Ces notions présentent un intérêt radiologique.

Discussion de l'observation

L'examen macroscopique et microscopique de la scissurite tuberculeuse de jour... Suz... doit être considéré comme l'anatomopathologie-type de l'affection de ce que nous étudions.

En effet, on ne peut adresser à cette observation aucun des reproches que provoquent habituellement les observations de scissurite tuberculeuse :

1° Les lésions sont saisies au moment même où elles se produisent car la mort est survenue très rapidement, le lendemain même de la radiographie, permettant de saisir sur le fait le processus pathologique qui nous intéresse.

2° La mort est survenue par méningite tuberculeuse ; cette localisation extra-thoracique n'a pas pu modifier secondairement le parenchyme pulmonaire ni la plèvre.

3° Le chancre d'inoculation tuberculeuse à localisation parascissurale est tout à fait caractéristique dans le cas de Jour.... Suz... l'âge, particulièrement jeune (11 mois) prouve qu'il s'agit d'un chancre d'inoculation. C'est lui qui engendre la scissurite.

L'inflammation banale de voisinage a atteint la scissure et a réalisé à son niveau des travées conjonctives et des vaisseaux néoformés; on ne voit à la place de la scissure aucune formation spécifiquement tuberculeuse, mais uniquement du tissu conjonctif jeune, réaction habituelle d'une inflammation banale.

Enfin la loi de Parrot trouve une fois de plus sa vérification dans cette observation: le chancre d'inoculation est accompagné par une adénopathie satellite; cet ensemble anatomo-pathologique constitue le « Primär Komplex » des auteurs allemands.

Cette observation présente donc bien un certain nombre d'éléments étiologiques et pathogéniques qui lui donnent toute sa valeur:

1° L'âge de 11 mois.

2° Le voisinage immédiat du chancre d'inoculation et de la scissure.

3° La production d'une méningite tuberculeuse.

C'est la rencontre fortuite et très rare de ces trois conditions qui donne à cette observation une valeur démonstrative considérable et en fait la base de déductions d'ordre général.

Genèse des scissurites

Elle doit comprendre l'étude du microbe et son mode d'action. Dans les scissurites tuberculeuses le germe pathogène est évidemment le bacille de Koch. Mais celui-ci agit-il directement en se localisant sur la scissure ou bien en produisant sur les tissus intra-thoraciques des lésions tuberculeuses qui elles-mêmes donneront une scissurite?

Cette question a été facilement tranchée en faveur de la dernière hypothèse: c'est en somme une inflammation banale dans le voisinage d'un foyer caséux. L'observation I montre la présence de tissu conjonctif jeune; c'est seulement à la partie tout inférieure de la scissure qu'apparaissent les premières cellules géantes. Il n'y a pas de limite absolue: le foyer caséux se continue insensiblement avec la zone conjonctive.

Ce qui fait la particularité de cette inflammation, c'est la proximité du foyer caséux et la trop grande rareté de la disparition de la scissurite.

Une autre question est beaucoup plus discutée: celle de savoir quels sont les tissus primitivement tuberculisés qui créeront secondairement la scissurite: est-ce les ganglions lymphatiques ou le parenchyme pulmonaire?

L'adénopathie médiastine a été la première invoquée comme cause des scissurites: l'inflammation partie du médiastin gagne de proche en proche dans la scissure. On s'est appuyé sur les constatations anatomiques et radiologiques montrant une adénopathie médiastine notable en rapport avec les scissurites considérées. La ra-

diographie montre une ombre scissurale se prolongeant jusqu'au médiastin où elle s'élargit en une ombre triangulaire d'adénopathie trachéo-bronchique.

Les travaux d'Engel, en faisant connaître l'existence de ganglions interlobaires donnent plus de force à cette conception.

Plus récemment des travaux radiologiques et anatomo-pathologiques ont montré que l'adénopathie médiastine n'est pas la seule cause de scissurite.

MM. Rist et Levesque, en 1928, émettaient l'opinion que dans la grande majorité des cas la scissurite est engendrée par la lésion pulmonaire de primo-infection. Pour eux les images de la région hilare représentent des chancres de primo-infection et ne méritent pas l'appellation d'images ganglionnaires. Ces auteurs citent une communication faite par l'un d'eux en 1925 sur « les symphyse évolutives des scissures au cours de la tuberculose de l'enfance et le rôle du chancre d'inoculation ». Il s'agit de malades de 3 à 11 ans. C'est l'activité du chancre qui est à l'origine de ces symphyse extensives. Ils n'admettent pas le rôle des ganglions médiastinaux.

D'autre part, M. Ribadeau-Dumas insiste bien sur ce fait que le chancre d'inoculation tuberculeuse est le plus souvent au niveau du hile.

L'observation de Jour... S... apporte un argument de plus à l'origine parenchymateuse de la scissurite. Là, c'est évidemment le chancre qui a provoqué la scissurite; car l'âge de 11 mois élimine la possibilité d'une réinfection. Par ailleurs, la situation très nettement externe du chancre et de la scissurite ne prête pas à discussion avec une ombre ganglionnaire médiastinale.

Cependant il ne faudrait pas rapporter toutes les scissurites tuberculeuses au chancre d'inoculation, car le point de départ ganglionnaire est certainement fréquent. D'autre part, les chancres d'inoculation à localisation parascissurale n'engendrent pas tous des scissurites. Nous avons observé sur la table d'autopsie un chancre situé tout contre la plèvre scissurale; celle-ci présentait trois ou quatre petites granulations grises, mais aucune adhérence. Des cas semblables ne nous paraissent pas rares.

Enfin, nous avons observé une image radiologique de scissurite à la suite d'une pleurésie sero-fibrineuse de la grande cavité. L'observation n° VII est relative à un fait de ce genre. Mais il paraît difficile dans un cas semblable de refuser toute action aux ganglions médiastinaux.

Rôle de la scissurite dans la limitation lobaire

Dans la pneumonie à pneumocoques, on voit souvent un foyer de lésions, chevauchant sur la scissure, intéresser à la fois deux lobes limitrophes. Au cours d'un processus tuberculeux, cela est exceptionnel et ne se voit que dans les cas où le processus tuberculeux intéresse d'emblée la totalité du poumon. En dehors de ces cas la loi de la limitation lobaire est respectée dans l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

La scissure interlobaire paraît jouer un rôle prépondérant dans le mécanisme de cette limitation. Sa double zone pleurale et sous-pleurale constitue une barrière na-

turelle pour les processus pathologiques développés dans un lobe.

L'inflammation de cette scissure va-t-elle augmenter l'efficacité de cette barrière ou va-t-elle la diminuer?

Elle peut avoir suivant les cas l'une ou l'autre influence: une inflammation légère de la scissure avec production de tissu conjonctif constituera une séparation plus efficace des lobes sus et sous-jacents. Si au contraire la formation de tissu conjonctif est minime et le processus de cäséification prépondérant, la scissure constituera le premier temps de l'envahissement du lobe voisin. Ce dernier mode d'envahissement n'est pas fréquent et lorsqu'il se produit il n'est pas considérable. Ce n'est pas par l'intermédiaire de la scissure qu'un lobe pulmonaire contamine le lobe voisin; c'est par la voie bronchique ou sanguine que se réalisent les envahissements les plus rapides.

La scissure apparaît donc comme une barrière placée entre deux lobes; son inflammation tend par production de tissu conjonctif à empêcher l'atteinte du lobe voisin. Ce n'est que dans un dernier stade qu'elle se laisse franchir par la tuberculose. Mais cette éventualité est rare et le plus souvent la scissure empêche l'envahissement.

CHAPITRE IV

Etiologie

Les scissurites tuberculeuses sont une affection assez fréquente dans l'enfance. M. Courtine estime qu'elles représentent 80 % des scissurites; les autres relèvent des pneumonies et broncho-pneumonies infantiles.

Nous avons cherché à quel âge on les observe avec la plus grande fréquence; il ressort des observations que nous apportons qu'il existe deux maxima dans l'apparition de la scissurite infantile: le premier est chez le nourrisson de 10 mois à 22 mois; le deuxième est chez le grand enfant en moyenne autour de 7 à 8 ans. Ces deux âges paraissent correspondre aux deux modes de contagion: la contagion du berceau surtout importante de 6 à 18 mois, et la contagion de la rue développée vers 7 ou 8 ans, par les contacts de plus en plus nombreux de l'enfant avec le monde extérieur.

En dehors de ces notions qui découlent de nos observations, les circonstances qui favorisent l'apparition d'une scissurite tuberculeuse sont d'une part les causes

prédisposantes de la tuberculose, d'autre part les localisations du Bacille de Koch que l'on trouve à l'origine des scissurites. Les premières dépassent le cadre de ce travail, les dernières ont été étudiées à propos de la genèse des scissurites.

CHAPITRE V

Etude clinique

Il suffit de considérer quelques observations de scissure pour se convaincre rapidement que cette détermination est susceptible de se présenter sous des aspects multiples et variés : elle n'a pas de caractéristique clinique ; seule la radiologie est capable d'apporter un élément de certitude.

Cette inflammation plastique de la scissure ne possède aucun signe lui appartenant en propre ; tous les symptômes qu'on lui a décrits sont uniquement révélateurs d'une lésion associée.

En effet, la percussion ne peut déceler une densification linéaire des tissus intrathoraciques ; l'auscultation ne saurait être davantage instructive : le plus souvent il y a adhérence des deux feuillets pleuraux, surtout sur les bords de la scissure qui sont le plus rapprochés de la paroi thoracique ; lorsque l'adhérence est incomplète, constituée seulement par un réseau à mailles fines, on

obtient des signes de cortico-pleurite qui n'ont rien de pathognomonique.

Que l'on interroge le malade sur les troubles qu'il ressent, que l'on pratique un examen physique ou que l'on apprécie son état général, c'est partout l'insuffisance de l'exploration clinique.

Si la clinique est impuissante à nous donner la clé du diagnostic, du moins devra-t-elle en présence de certains signes éveiller nos soupçons et nous inciter à faire l'examen radiologique qui peut seul mettre la scissurite en évidence.

C'est dans ce but qu'il faut connaître les symptômes fonctionnels, physiques et généraux que l'on rencontre chez les porteurs de scissurite.

D'après les descriptions cliniques qui en sont données, la scissurite nous apparaîtra comme une affection protéiforme. Mais tous ces signes sont des signes d'emprunt.

1° *Le début* se fait le plus souvent insidieusement ; il est impossible d'en fixer la date, même approximativement, à moins que, circonstance rare, les malades soient soumis périodiquement à des examens radioscopiques du thorax : l'un de ceux-ci étant d'abord négatif, lorsque la scissurite se constitue, l'écran fluoroscopique permet d'établir sa présence avec exactitude. Mais il est exceptionnel que ces conditions soient réalisées. A cette période le malade n'accuse que quelques douleurs thoraciques ou une irrégularité de la courbe thermique, tous signes extrêmement banals.

2. *Quand la scissurite est établie*, elle se traduit par divers symptômes :

a) *Les signes fonctionnels* les plus fréquents sont les

douleurs thoraciques; assez fréquentes chez l'adulte, elle sont plus rarement exprimées par l'enfant. Ce sont les enfants grandelets, à partir de 8 à 10 ans, qui les signalent. Ces points de côté irradient dans le thorax en suivant le trajet des scissures, obliquement d'arrière en avant et de haut en bas; dans d'autres cas on les verra affecter le type de névralgie intercostale. Ils peuvent être permanents ou paroxystiques.

M. Piéry, M. Sabourin qui ont étudié l'interlobite chez l'adulte considèrent certaines douleurs thoraciques comme très caractéristiques et leur donnent le nom de « souffrance interlobaire ». Chez l'enfant elle est très rarement accusée.

En dehors de la douleur les signes fonctionnels n'existent pas; la dyspnée est nulle, la toux absente; si ces troubles se manifestent ils dépendent d'une autre lésion portant sur la plèvre de la grande cavité, le parenchyme pulmonaire ou les ganglions.

b) *Les signes physiques* ne sont pas plus caractéristiques. L'inspection, la palpation, la percussion ne donnent aucun résultat.

La pression en certains points précis a permis de décrire chez l'adulte des points de côté scissuraux : il existe un point vertébral à l'extrémité postérieure des troisième et quatrième côtes; un point antéro-inférieur à l'extrémité antérieure de la sixième côte osseuse. Ces deux premiers points sont bilatéraux; ils correspondent aux extrémités antérieure et postérieure des deux scissures obliques droite et gauche. Ce sont les plus souvent douloureux.

Deux autres points sont significatifs d'une atteinte

de la scissure horizontale droite; ce sont le point axillaire et le point antéro-supérieur situé à l'extrémité sternale du troisième espace intercostal droit.

Ces points, indiqués par Sabourin, seraient douloureux dans les lésions de la scissure correspondante. Mais d'autres processus peuvent donner lieu aux points scissuraux : adénopathie hilaire, pleurite sèche médiastinale, foyer pleuro-pneumonique dans un angle vertébral, pleuropneumonies juxta-scissurales; tous les incidents ou accidents qui peuvent survenir au niveau d'une scissure : hémorragie, suppuration, pleurésies sèches membraneuses, épanchements enkystés, pneumothorax.

Ces points de côté scissuraux sont difficiles, souvent même impossibles à mettre en évidence chez l'enfant; ils peuvent relever d'une toute autre affection que la scissurite.

L'auscultation fait plus fréquemment percevoir des bruits adventices :

On peut entendre des râles sous-crépitaux de moyen calibre survenant aux deux temps de la respiration. Ils ne dépendent pas de la scissurite mais d'un engouement ou d'une splénisation du parenchyme voisin de la scissure.

Les frottements pleuraux traduisent une pachypleurite de la grande cavité. Sabourin les signale dans ces formes d'interlobites qu'il a décrites chez l'adulte : la pleurite membraneuse et la pleurite en bouton de chemise. On peut les percevoir aussi chez l'enfant.

D'autres fois de fines crépitations superficielles surtout inspiratoires ont été perçues. M. Dufourt a attiré

l'attention sur elles : on les trouve surtout localisées dans la région sous-mammaire.

Il n'est pas jusqu'aux signes pseudo-cavitaires qui n'aient été perçus : M. Péhu les a entendus à plusieurs reprises chez des enfants présentant à la radiologie des signes indubitables et exclusifs de scissurite sans aucune autre lésion pleuro-pulmonaire et en particulier sans aucune image de géode.

En 1927 au Congrès de Pédiatrie de Naples M. Gismondi de Gênes faisait une intéressante communication relative à la pleurite interlobo-médiastinale. Il a mis en évidence un signe physique nouveau consistant en une matité sur la face antérieure de l'hémithorax droit dans l'angle cardio-hépatique. L'A. la compare à une aire de matité cardiaque qui serait symétrique de l'aire cardiaque normale. Remarquons que ce signe physique est plutôt en relation avec la pleurite médiastinale qu'avec la scissurite, car il correspond exactement à l'image radiologique de la pleurésie médiastinale. Le signe que décrit M. Gismondi n'est donc pas plus que les précédents, révélateur de scissurite, mais simplement l'expression clinique d'une lésion associée.

La constatation de ces signes physiques ne nous apporte, en définitive, aucun élément qui soit vraiment la traduction extérieure d'une scissurite et qui puisse servir avec certitude à son diagnostic.

c) *L'étude des signes généraux* est encore plus pauvre en enseignements ; il est des scissurites apyétiques et il en est de fébriles. Sabourin a différencié la souffrance interlobaire où la température ne dépasse pas

37°8 pendant deux ou trois jours, au maximum, la pleurite membraneuse où la température atteint 39° pendant 4 ou 5 jours et la pleurite en bouton de chemise caractérisée par une température à 39° pendant dix à quinze jours.

Dans les observations que nous apportons, les températures observées sont extrêmement variables; elles vont de la température normale à 40°, elles affectent les modes les plus divers, en plateau, à oscillations, à type rémittent.

De même l'état général peut être touché dans des proportions très différentes : certaines s'accompagnent d'un bon état général, d'autres ont un état général assez vivement atteint.

3. *L'évolution de cette affection* varie essentiellement avec la nature et la gravité des lésions associées. Ici encore c'est la radiologie qui nous permettra de suivre l'évolution et de porter un pronostic comme elle nous aura permis de faire un diagnostic.

En effet dans les scissurites que nous avons suivies, les évolutions les plus variées se sont produites et ce ne sont que les examens radiologiques pratiqués en série qui nous ont montré les détails de cette évolution.

Cette étude clinique des scissurites tuberculeuses de l'enfance ne nous permet pas de trouver un symptôme qui ait une valeur réelle pour le diagnostic; elle ne nous permet pas non plus d'établir des formes cliniques de cette affection.

Les scissurites se présentent sous des aspects si divers que si on voulait établir des types cliniques on en

créerait artificiellement un nombre indéfini : on en créerait autant qu'il existe de lésions pleuro-pulmonaires de tous ordres.

Seule la radiologie nous permettra de déterminer quelques types de scissurites tuberculeuses.

CHAPITRE VI

Radiologie

I. - Les différentes techniques de l'exploration radiologique d'une scissurite.

Devant l'insuffisance de la clinique à établir un diagnostic de scissurite c'est à la radiologie qu'il faut recourir. L'exploration du thorax à l'aide des rayons X a fortement développé nos connaissances sur la pathologie des scissures. Des affections déjà connues par la clinique y ont gagné dans la précision du diagnostic : les pleurésies interlobaires purulentes sont plus sûrement diagnostiquées et localisées. D'autres ont été révélées par la radiologie : telles sont la pleurésie séro-fibrineuse de l'interlobe, le pneumothorax scissural et particulièrement les scissurites.

Celles-ci constituent dans le domaine de l'interlobe la dernière acquisition de la radiologie.

On a d'abord pratiqué des examens thoraciques aux

rayons X en laissant l'ampoule en position moyenne; cette position est telle que le rayon normal à l'écran vient se projeter à peu près sur la base du cœur dans le plan sagittal médian. Cette technique radiologique suffit à montrer les épanchements de l'interlobe, mais la scissurite sèche n'est pas toujours décelée par ce procédé et l'on est souvent obligé d'employer d'autres méthodes.

a) TECHNIQUE DE M. A. BÉCLÈRE. RAYONS OBLIQUES.

C'est à M. Antoine Béclère que l'on doit la première technique d'exploration des scissures interlobaires. En 1902 il montrait qu'il y a avantage à déplacer l'ampoule en hauteur pour l'examen radiologique d'une scissurite. Une ombre scissurale qui apparaît diffuse quand l'ampoule est en position moyenne devient précise et bien délimitée quand on élève l'ampoule, si le malade est placé face à l'écran, c'est-à-dire en position antérieure: « la bande sombre apparaît seulement avec toute sa netteté, dans l'examen antérieur quand l'ampoule est élevée à la hauteur des oreilles du malade. » (Béclère.)

Si au contraire on fait un examen postérieur, c'est-à-dire le dos du sujet tourné vers l'écran, il faut abaisser l'ampoule pour obtenir une bonne image scissurale : « cette bande sombre apparaît seulement, dans l'examen postérieur, quand l'ampoule est abaissée au niveau des articulations coxo-fémorales du malade. » (Béclère.)

Tels sont les résultats probants des examens antérieur et postérieur. Mais on distingue en radiologie des

positions obliques qui sont au nombre de quatre. En laissant l'ampoule en position moyenne et plaçant le sujet dans une position oblique on obtient une ombre nette de la scissure.

En somme, il faut pour que l'image de scissure soit nettement visible que les rayons émanés de l'ampoule passent dans le plan de la scissure; celle-ci est alors traversée non pas suivant son épaisseur qui est toujours minime mais suivant sa dimension antéro-postérieure qui est grande et donne une ombre très foncée.

Ce principe étant connu, les positions de l'ampoule se déduisent facilement de la position du sujet et de l'anatomie des scissures.

b) POSITION LORDOTIQUE DE M. FLEISCHNER.

Nous devons à M. Fleischner un autre point intéressant de la technique d'exploration radiologique des scissurites. Il consiste en une attitude particulière à donner au sujet : celui-ci étant en position antérieure doit se renverser fortement en arrière, prenant ainsi l'attitude lordotique recommandée par l'A. : la tête est en hyperextension, l'occiput appuyé sur une pièce du cadre, les bras en hyperextension les mains s'accrochant aux montants du cadre. En outre le sujet doit imprimer à son abdomen un mouvement de projection en avant.

Dans cette position la scissure oblique se rapproche de l'horizontale. Dans les cas pathologiques les ombres qui auparavant n'avaient rien de caractéristique s'assemblent, épaisses, nettement délimitées, autour de

l'ombre du milieu en adoptant la forme de triangles, de becs d'oiseaux et d'éperons. M. Fleischner dans sa publication parue dans les « Acta Radiologica » accompagne le texte de dix figures montrant des radiographies de scissurite en position normale puis en position lordotique. Ces radiographies sont très nettement concluantes en faveur de l'attitude lordotique. Alors que la figure 1a, prise suivant les procédés habituels ne montre rien de pathologique, la figure 1b concerne le même thorax, mais celui-ci étant en position lordotique on voit un triangle à base cardiaque dans le champ pulmonaire gauche. Huit autres radiographies suivent révélant des images analogues pour un thorax en position lordotique, ne montrant rien de pathologique pour le même thorax en position normale.

Nous avons à plusieurs reprises utilisé la position lordotique de M. Fleischner; nous avons constaté parfois qu'elle mettait en évidence des images scissurales qu'un examen par les procédés habituels ne révélait pas. Souvent elle augmente la netteté d'une image scissurale déjà vue avec les autres procédés.

Son emploi doit donc être recommandé.

c) POSITION DE FLEXION ANTÉRIEURE DU TRONC DE M. WALLGREN.

M. Wallgren, de Göteborg (Suède) indique une autre position qui permet d'obtenir de bonnes images de scissurite : l'enfant doit avoir le thorax fortement incliné en avant et effectuer simultanément un mouvement de torsion sur le côté droit ou gauche selon le siège de la scissurite. Cette position offrirait l'avantage

d'être plus facile à obtenir chez l'enfant que la position lordotique. L'A. illustre la description de cette attitude d'une photographie qui précise la position.

Son intéressante publication parue dans les « *Acta paediatrica* » de 1926 contient en outre une série de radiographies de scissurites tuberculeuses. Mais, contre toute attente, les radiographies qui montrent une image de scissurite ont été prises en position lordotique (fig. 40, 42, 44) et celles qui ont été prises en flexion du tronc en avant ne mettent en évidence aucune image de scissurite (fig. 39, 41, 43). Cet ensemble de radiographies ne permettant pas de conclure en faveur de la position en flexion du tronc, nous avons cherché à nous faire une opinion sur la valeur de cette attitude.

L'observation n° II d'Orf... témoigne de son efficacité. Nous avons d'abord pratiqué sur lui un examen radioscopique en utilisant toutes les autres méthodes (technique de M. Béclère, attitude lordotique de M. Fleischner) nous n'avons vu aucune image scissurale. Ensuite l'enfant était placé face à l'ampoule et dos à l'écran, le tronc fortement fléchi sur le bassin; en diaphragmant nous avons vu un trait sombre issu du hile et atteignant le milieu de l'hémithorax gauche; c'était un trait assez appuyé large de 1 cm.

Il faut donc conclure de cette observation que la position en flexion antérieure du tronc peut rendre des services dans le diagnostic radiologique des scissurites.

II. - Etude critique de ces diverses techniques

a) AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CES DIFFÉRENTES MÉTHODES.

La méthode de M. Bécclère offre sur les deux suivantes l'avantage de conserver l'écran près du thorax; les images sont projetées sans agrandissement considérable et surtout sans déformation. Mais cet avantage est assez minime en regard de l'inconvénient suivant : dans l'examen pratiqué avec des rayons obliques on est dans l'obligation, à moins d'avoir une installation perfectionnée, d'ouvrir le diaphragme au maximum, car l'ampoule doit être haut située, tandis que l'image scissurale se projette très bas. Cette impossibilité de diaphragmer diminue considérablement la visibilité, en raison des rayons secondaires; des ombres un peu fines comme le sont le plus souvent les ombres scissurales peuvent fort bien passer inaperçues.

Cet inconvénient n'existe pas dans les méthodes de Fleischner et de Wallgren, car c'est le rayon normal à l'écran qui traverse la scissure et l'on peut diaphragmer à volonté. Ici l'obliquité des rayons est remplacée par l'obliquité du thorax. Cette obliquité du thorax est un inconvénient tout à fait négligeable et beaucoup plus théorique que réel; il s'efface complètement devant la supériorité que confère aux méthodes de Fleischner et de Wallgren la possibilité de diaphragmer. Par contre ces dernières techniques sont parfois difficilement applicables à des enfants très malades ou indociles.

b) DU CHOIX D'UNE MÉTHODE.

En réalité il ne faut pas chercher à établir la supériorité d'une méthode sur les autres. Chacune rend des services. Il est des cas où seule l'une d'entre elles donnera un résultat positif, d'autres cas où seule une autre se montrera efficace. Comme on ne peut prévoir laquelle sera le plus utile dans un cas donné, on a le devoir de les employer toutes les trois successivement. Souvent une seule technique décèlera l'image scissurale : un examen radioscopique minutieux aura été nécessaire pour la mettre en évidence.

A l'opposé de ces cas, il en est d'autres où un simple examen radioscopique (ampoule en position moyenne, sujet en rectitude) montrera une ombre pathognomonique de scissurite.

Très souvent la radiographie pratiquée avec les techniques habituelles montrera une ligne scissurale à laquelle on n'avait pas songé; c'est en pratiquant une radiographie thoracique systématiquement chez tout enfant atteint d'affection pulmonaire ou d'une pyrexie qui ne fait pas sa preuve que l'on verra des scissurites avec une assez grande fréquence.

La radiographie instantanée est encore le moyen le plus sûr de déceler ces images fines que sont généralement les ombres scissurales. Ici pas de technique spéciale mais uniquement une lecture attentive du film radiographique.

III. - Les aspects radiologiques des scissurites

1. LES ASPECTS RADIOSCOPIQUES.

a) *En position antérieure.* — Les images de scissurite sont assez variables. Dans certains cas la scissurite se présente sous la forme d'une simple ligne tendue transversalement du médiastin à la paroi latérale du thorax; c'est une ligne droite, mince, nettement dessinée, comme tirée au cordeau, sans sinuosité; elle est d'un dessin homogène. Sa direction est soit horizontale, soit oblique en bas et en dedans, soit oblique en bas et en dehors, mais cette obliquité n'est jamais très marquée et ne dépasse jamais 20°. Cette ligne peut ne pas atteindre l'aiselle. En dedans elle se détache de l'ombre cardiaque, elle-même souvent élargie par des adénopathies médiastinales.

Parfois l'image de scissurite est représentée non plus par une simple ligne mais par une véritable bande large de 2 à 3 cm. régulière comme teinte et comme largeur, les deux bords en sont nets; ils ne sont ni flous, ni sinueux.

Dans d'autres cas l'ombre de scissurite n'est pas simple; elle est constituée par deux images juxtaposées : une externe qui est la ligne ou la bande que nous venons de décrire, une interne renflée en forme de poire à grand axe horizontal et qui rappelle par son aspect un triangle isocèle ou un bec d'oiseau; les bords sont très nettement dessinés; la teinte est égale, uniforme, noire ou grise.

Il est d'autres images de scissurite qui sont semblables à un triangle pneumonique mais avec cette différence fondamentale que sa base est tournée vers le médiastin et le sommet vers l'aisselle : M. Fleischner dans le mémoire publié en 1926 donne plusieurs observations présentant des ombres de ce type. MM. Edmond Weill et Dufourt, dans le « Journal de Radiologie » de 1922 ont bien étudié cette image.

« En résumé l'image de scissurite peut aller de la ficelle mince jusqu'à la bande très large ou le faux triangle pneumonique en passant par l'image en pipe ou en bec d'oiseau. » (Péhu.)

b) En position postérieure. — Ce sont là les résultats d'un examen antérieur ; mais un examen postérieur donnera des renseignements différents et dans l'ensemble moins caractéristiques. L'anatomie pathologique nous enseigne que les scissurites ne sont habituellement pas totales et sont le plus souvent localisées à la partie antérieure de la scissure ; témoins aussi les crépitations plus fréquentes à la région sous-mammaire qu'en une autre région.

Du moment que les scissurites sont assez souvent antérieures, on conçoit aisément que l'examen radioscopique antérieur soit plus propice que l'examen postérieur.

Car dans un examen radioscopique ce sont les tissus les plus proches de l'écran qui s'y projettent avec le plus de netteté ; c'est la moitié antérieure du thorax dans l'examen antérieur, la moitié postérieure dans l'examen postérieur.

C'est un fait de constatation relativement fréquente

en radiologie que les scissurites se voient mieux en examen antérieur qu'en examen postérieur; dans cette dernière position les images en traits ou en bande sont moins nettes; l'image médiastinale ganglionnaire peut être moins visible.

c) En position lordotique ou en position de flexion du tronc. — La position lordotique recommandée par M. Fleischner donne des images différentes qu'il importe de connaître. Cette position paraît donner des images alors même que les autres positions antérieure ou postérieure du sujet debout demeurent sans résultat.

M. Fleischner présente dans son mémoire de 1924 une série de planches démonstratives : la figure 1a qui est une vue frontale ne montre aucune image de scissurite tandis que la figure 1b, prise en position lordotique sur le même thorax montre au niveau de la pointe du cœur une ombre en triangle isocèle à base interne et à sommet externe, à grand axe exactement horizontal et qui prolonge la pointe du cœur d'environ la moitié du diamètre transversal de cet organe.

La figure 2a en position lordotique montre sur le bord droit du cœur la présence d'une ombre triangulaire : le sommet est à un demi-centimètre du bord externe du thorax; le bord inférieur est horizontal, le bord supérieur légèrement oblique en bas et en dehors; le bord interne s'accole tout entier aux cavités droites du cœur.

La radiographie 3a est une vue sagittale qui ne montre rien de particulier. La figure 3b qui concerne le même thorax a été prise en position lordotique et l'on y voit deux ombres triangulaires dans chaque hémitho-

rax : leur base s'implante l'une sur le bord droit du cœur, l'autre sur le bord gauche; leur bord supérieur est horizontal, leur bord inférieur est oblique en bas et en dedans. On dirait qu'à droite et à gauche du cœur se détachent deux sortes d'éperons ou d'épines.

La figure 4 offre un aspect semblable.

La figure 5 inspire les mêmes remarques.

M. Fleischner publie de nombreux autres clichés dans son mémoire de 1926 intitulé : Rœntgénologie de la pleurite interlobaire et son diagnostif différentiel.

Nous venons de voir que de nombreux procédés doivent être mis en jeu pour déceler radiologiquement les scissurites. Encore ne sont-ils pas infaillibles et même l'emploi successif de ces différentes techniques reste parfois sans résultat alors qu'un examen anatomique vient montrer la présence d'une scissurite sous la forme de cordelettes fibreuses tendues d'un lobe à l'autre.

Il existe en effet des scissurites non visibles radiologiquement, quelles que soient les méthodes employées.

Pour qu'une scissurite soit apparente à la radiologie il faut qu'elle possède certains éléments anatomiques : soit un dépôt « couenneux », soit des altérations parenchymateuses marginales du type splénopneumonique ou du type hépatisé, en un mot de la parascissurite.

L'examen radiologique devra toujours comporter ensuite une exploration des sinus costodiaphragmatiques, du médiastin, de la plèvre, de la grande cavité, du parenchyme pulmonaire en général, des sommets; il ne faudra jamais omettre un examen radiologique com-

plet qui permettra de déceler les lésions associées. Celles-ci commandent l'évolution de la scissurite et seront étudiées avec elle.

2. LES ASPECTS RADIOGRAPHIQUES.

La radioscopie ne permet pas toujours de voir l'image scissurale; dans ce cas il faudra toujours demander un film radiographique qui permet de mettre en évidence des ombres trop fines pour être décelées à la radioscopie. C'est à droite le plus souvent que l'on verra la scissurite, à gauche l'ombre cardiaque la masque; par ailleurs l'obliquité particulièrement marquée de la scissure gauche n'est pas favorable à l'examen radiologique.

Les aspects radiographiques ne sont pas différents des ombres radioscopiques; ils reproduisent toute leur variété.

En somme les images scissurales peuvent se présenter sous plusieurs formes; mais celles-ci sont très nettement définies, très particulières, très caractéristiques; ce sont elles qui nous permettent de poser fermement un diagnostic de scissurite.

CHAPITRE VII

Evolution

De même qu'elle ne peut être diagnostiquée que par la radiologie, la scissurite tuberculeuse ne peut être suivie dans son évolution que par les rayons X.

Les signes cliniques ne peuvent être d'aucune utilité dans cette évaluation, car ils sont influencés par les altérations pulmonaires, pleurales ou ganglionnaires.

Les scissurites ont généralement une marche lente; elles évoluent à bas bruit, s'installent insidieusement, persistent un certain temps sans déterminer de symptôme révélateur, puis régressent avec lenteur.

Leur évolution dépend essentiellement des lésions associées.

1° Dans le cas le plus fréquent elles sont accompagnées d'une *adénopathie médiastinale* ou hilaire plus ou moins importante : le parenchyme pulmonaire apparaît sain sur les films. Cette scissurite est satellite de l'adénopathie et son évolution dépendra de l'évolution de l'adénopathie. Le plus souvent, elle subsiste long-

temps, ne subit pas d'extension; la régression survient lentement au bout d'un temps plus ou moins long. L'observation n° IV est un exemple de scissurite satellite d'une adénopathie.

2° Dans d'autres cas des *lésions parenchymateuses* de voisinage viennent rapidement troubler l'aspect radiologique de la scissurite : les contours deviennent moins nets, flous, irréguliers, polycycliques, l'ombre prend de l'extension vers les lobes sus et sous-jacents : à la périscissurite fait place une inflammation plus prononcée du tissu pulmonaire qui prouve l'évolution d'une tuberculose active et assombrit le pronostic.

3° Une troisième catégorie de cas, plus rare mais fort intéressante, est constituée par la régression d'un *processus pneumonique* laissant une figure de scissurite interlobaire. Ce sont ces foyers pneumoniques de Bard qui ressortissent à la tuberculose abortive. Ce sont aussi ces faits improprement appelés infiltration épituberculeuse et qui ont été décrits en Allemagne par Mlle Eliasberg et Neuland. Il s'agit d'enfants jeunes, le plus souvent de nourrissons dont le tableau clinique est très sobre : on observe peu de signes fonctionnels, peu de signes physiques et le film radiographique révèle une image de pneumonie lobaire, le plus fréquemment du lobe supérieur; la marche de cette pneumonie est particulièrement lente et torpide. On donne à cette affection le nom de manifestation curable de la tuberculose; et de fait, elle guérit habituellement. Mais la régression est très lente, étagée sur plusieurs semestres. Lorsque les altérations parenchymateuses ne sont plus visibles à l'écran on distingue encore la ligne de scissurite.

Dans les observations n^{os} II et III on pourra observer une image de scissurite consécutive à un triangle de pneumonie chez un tuberculeux.

M. Péhu propose de réunir ces formes de scissurite sous le nom de « variété réalisée par la régression lente de lésions pneumoniques lobaires ».

4° Lorsque la scissurite est en relation avec un *chancre d'inoculation* comme dans l'observation n° I on voit les deux images coexister; la scissurite persiste tant que le chancre d'inoculation n'est pas cicatrisé; elle persiste même un peu après, puis finit par rétrocéder.

L'évolution des scissurites tuberculeuses nous apparaît intimement liée aux lésions associées et c'est la radiologie qui nous permet d'en suivre la marche.

CHAPITRE VIII

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel d'une scissurite tuberculeuse est uniquement un diagnostic radiologique. Aucun élément purement clinique ne permet une semblable discussion de diagnostic. Mais, pour si caractéristique que soit l'image radiologique de scissurite il existe pourtant quelques cas où l'hésitation est permise avec d'autres formations normales ou pathologiques. Enfin lorsqu'on a affirmé le diagnostic de scissurite il reste encore à déterminer sa nature tuberculeuse, pneumococcique ou autre.

I. - Les ombres semblables à celles des scissurites

a) L'image la plus caractéristique de la scissurite est assurément la ligne transversale. Elle-même cependant n'est pas sans présenter quelques ressemblances avec

d'autres lignes transversales. Il nous est arrivé à plusieurs reprises de constater un trait sombre horizontal que l'on pourrait prendre pour une scissurite ; nous pensons qu'il s'agit d'une *image bronchique ou vasculaire*. Elle ne ressemble pourtant pas identiquement à l'image de scissurite ; sa coloration est plus claire, ses contours moins nets, moins rectilignes, sa teinte n'est pas uniforme, elle est formée de courtes zones alternativement claires et foncées. A les regarder dans le détail les limites supérieure et inférieure de cette ligne sont non pas une droite, mais une succession de courbes alternativement convexes et concaves.

Cette irrégularité de teinte est probablement causée par la naissance de bronchioles ou d'artérioles sur toute la longueur de la raie.

Nous devons à une injection de lipiodol la démonstration de la nature bronchique de ces images pseudo-scissurales. Une radiographie pratiquée après injection intratrachéale de lipiodol montre une bronche à trajet horizontal se dirigeant vers le bord externe du poumon. (Planche VIII).

Il faudra donc être circonspect en présence d'une ombre linéaire ; avant d'affirmer l'origine scissurale de cette ombre il faudra l'analyser, chercher sa régularité de contour et l'uniformité de sa teinte. Il n'est pas nécessaire que l'ombre scissurale occupe toute la largeur d'un hémithorax, mais il est indispensable qu'elle soit pendant le trajet où elle existe d'un dessin ferme et précis.

b) Une induration du parenchyme pulmonaire peut exceptionnellement prêter confusion avec une scissurite car elle peut donner à la radiologie un trait trans-

versal. MM. Courcoux et Gilson ont montré qu'une telle image pouvait être donnée par le parenchyme parascissural. Ils apportent trois arguments :

1° l'image n'occupe pas la situation habituelle de la scissure;

2° à la loupe et à l'aide d'écrans colorés on y voit des bronches qui la parcourent dont une est parallèle au trait sombre;

3° une vue de profil montre que cette image partie du hile se rend horizontalement en arrière au lieu de s'abaisser en avant.

Cette observation montre l'intérêt de la vue de profil dans le diagnostic radiologique des scissurites.

Cependant Wallgren estime qu'une image linéaire est exceptionnellement parenchymateuse. Il n'en a rencontré qu'un seul cas dans sa pratique.

c) A côté de ces ombres linéaires qui peuvent en imposer pour une scissurite, il est des ombres en bandes qui simulent la périscissurite.

Une ombre en bande peut être la traduction radiologique d'un *épanchement liquidien interlobaire*; cette image présente généralement une hauteur plus considérable, elle a une forme en lentille biconvexe à grand axe transversal, ses bords sont nets; l'ombre est plus dense. A ces différences radiologiques se joignent des différences cliniques qui permettront de faire le diagnostic.

d) Par ailleurs l'ombre en bande transversale peut résulter de la condensation du parenchyme pulmonaire sous-jacent à la scissure. Sans doute celui-ci n'est-il jamais complètement sain : toute scissurite s'accompagne

à un faible degré de parascissurite; mais la prédominance est à la scissurite.

Lorsqu'au contraire c'est la parascissurite qui l'emporte sur la scissurite, les lésions parenchymateuses ont leur existence propre et il importe de savoir faire en radiologie la distinction de ces deux cas.

L'existence d'une *lobite* est indiquée par la présence au-dessus ou au-dessous de la ligne nette de scissurite d'une ombre transversale, assez épaisse, homogène, limitée par un bord peu net, estompé, dont l'ombre se dégrade progressivement jusqu'au parenchyme sain qui apparaît clair.

e) MM. Weill, Gardère et Bernheim ont montré qu'une pneumonie caséuse peut donner une image en bande transversale; mais cette bande présente une épaisseur assez grande par rapport aux ombres scissurales.

f) Dans certains cas l'image de scissurite est représentée par un triangle. Il faut savoir le différencier du *triangle pneumonique*. Cette distinction est facile car le triangle de scissurite a une base médiastinale et un sommet axillaire; il est isocèle le plus souvent; au contraire le triangle pneumonique a une base axillaire et un sommet médiastinal; aussi ne peut-il y avoir confusion entre les deux images.

Leur mode d'apparition permet aussi de les opposer l'un à l'autre : le triangle pneumonique de Weill apparaît par l'aisselle, se forme, puis rétrocede peu à peu en ayant en dernier lieu la partie axillaire de l'ombre. Le triangle interlobaire apparaît au contraire par le médiastin.

II. - Les scissurites non tuberculeuses

Les scissurites qui ne reconnaissent pas la tuberculose pour étiologie sont consécutives à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie.

La distinction doit se faire par la clinique mais aussi par la radiologie.

a) Nous étudierons succinctement l'évolution d'une *scissurite postpneumonique* pour mettre en relief leurs signes différentiels.

Il s'agit le plus souvent d'une pneumonie du sommet dont le tableau est trop torpide pour permettre d'affirmer sa nature banale; c'est l'évolution bénigne qui fait faire le diagnostic; la température baisse rapidement, l'enfant reprend bientôt une croissance pondérale normale, il n'a pas d'antécédents tuberculeux et sa cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Radiologiquement on assiste à la formation d'un triangle pneumonique et non d'une ombre en casque comme dans un processus tuberculeux. Une ombre axillaire apparaît, elle pousse une pointe de plus en plus profonde vers le médiastin; cette image reste stationnaire quelques jours, puis sa partie centrale s'estompe et disparaît. Tandis que toute la surface du triangle n'est plus visible on aperçoit toujours le bord inférieur: c'est le trait scissural. On ne trouve généralement pas de ganglion dans cette forme. Cette scissurite postpneumonique restera quelques mois, puis disparaîtra. Le pronostic en est bénin. Ce diagnostic est relativement

facile. La planche n° VII montre une scissurite post-pneumonique.

b) Chez un autre malade on assiste à l'évolution d'une *broncho-pneumonie* : une radiographie montre une image de scissurite, des foyers broncho-pulmonaires; pas d'adénopathie. Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. La cuti-réaction est négative. La broncho-pneumonie peut entraîner la mort et l'autopsie confirme la nature banale de l'affection et l'existence de la scissurite.

Mais ici le diagnostic est difficile, car la broncho-pneumonie revêt fréquemment l'allure d'une tuberculose.

Ce sera souvent l'autopsie qui fera le diagnostic.

Nous avons observé plusieurs scissurites dépendant de broncho-pneumonies banales.

CHAPITRE IX

Valeur séméiologique

Après une étude anatomique, clinique et radiologique des scissurites tuberculeuses on pourrait se demander si leur diagnostic ne constitue pas en somme un luxe de précision, une difficulté théorique à vaincre dépourvue d'avantages pratiques.

La scissurite tuberculeuse n'a elle-même aucune sanction thérapeutique; il serait inutile de la dépister si elle n'avait une très grande valeur séméiologique.

La fréquence que revêt cette affection est moins grande que celle des adénopathies trachéo-bronchiques. Mais d'une part on a exagéré la fréquence réelle de ces adénopathies, d'autre part on a trop souvent méconnu les scissurites.

La tendance actuelle est de n'accepter pour adénopathies que certaines images radiologiques extrêmement bien définies; quant aux signes cliniques on n'accorde de valeur à aucun d'entre eux. Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique est donc difficile à poser.

Par ailleurs les scissurites nous offrent des signes radiologiques qui ne trompent pas.

Ce parallèle entre scissurites et adénopathies trachéo-bronchiques montre que la scissurite est, en faveur de la tuberculose, un argument bien meilleur qu'une adénopathie trachéo-bronchique.

Si l'on songe aux aspects si multiples, si torpides, et souvent si déroutants, revêtus par la tuberculose infantile on comprendra la nécessité d'avoir un test qui permette d'affirmer la tuberculose.

La scissurite sera ce test; il servira dans des manifestations cliniques de divers ordres :

1° *Des manifestations de l'appareil respiratoire :*

a) Certaines *bronchites* à évolution particulièrement lente, avec une température subfébrile donnant à l'auscultation des ronchus et des sibilances qui persistent plus longtemps que de coutume, se montrent parfois à la radioscopie ou à la radiographie accompagnées de scissurite.

b) Il est des *cortico-pleurites* caractéristiques s'accompagnant de scissurite. Il s'agit surtout de ces foyers de crépitations pleurales à siège sous-mammaire, qui sont sous la dépendance d'une inflammation pleurale et parenchymateuse de tuberculose atténuée.

c) Certains *signes pseudo-cavitaires* peuvent être la seule traduction clinique d'une scissurite; les données de l'auscultation contrastent avec l'état général floride.

d) Une *adénopathie médiastinale* accentuée se manifestant par de la toux de compression avec cornage expiratoire s'accompagne d'une scissurite. Cette scissurite permet de s'orienter plus nettement vers une affection

tuberculeuse et par là-même d'arriver au diagnostic d'adénopathie médiastinale (observation IV, Zan... J.).

2° Des *gommès de l'hypoderme* sont observées chez un enfant qui présente par ailleurs des signes respiratoires : un examen radiologique montre une scissurite et permet de rattacher ces gommès à la tuberculose (Observation X, Laf... Henr...).

3° Certaines *néphrites aiguës ou subaiguës* ne reconnaissent pas d'étiologie scarlatineuse ni infectieuse; un examen radiologique du thorax met en évidence une scissurite. La présence de cette scissurite constitue dans un pareil cas un élément de valeur considérable pour incriminer l'origine tuberculeuse de la lésion rénale.

4° La constatation d'une scissurite éclaire sur l'étiologie de certaines *cachexies* du nourrisson ou de l'enfant jeune correspondant à un syndrome d'hypothrepsie ou d'athrepsie. Dans ces cas l'examen somatique est négatif; seule la radiologie montre la scissurite et permet ainsi d'incriminer la tuberculose (Observation VI, Cas... G...).

5° Une enfant présente des phénomènes d'*entérocolite dysentérique* sur la nature desquels on reste perplexe. On pratique une radiographie du thorax qui montre une ombre de scissurite et témoigne ainsi de la nature tuberculeuse de cette entéro-colite (Observation VIII, G... M...).

De même MM. Courcoux et Gibson ont observé une fillette qui avait une crise colitique d'étiologie inconnue; une radiographie révèle la scissurite et permet d'invoquer la tuberculose.

6° Une *fièvre de primo-infection tuberculeuse* peut ne

s'accompagner d'aucun signe thoracique en dehors d'une image radiologique de scissurite. Cette constatation fait songer à la tuberculose (Observation I, Jour... Suz...).

A la lumière de ces faits la scissurite apparaît comme un argument en faveur de la tuberculose. Mais il n'est pas absolu, car il existe des scissurites non tuberculeuses, en faible proportion il est vrai. La présence d'une image scissurale ne suffit pas à elle seule pour que l'on puisse affirmer la tuberculose, mais jointe à d'autres signes de tuberculose elle acquiert une grande valeur. La scissurite ne doit pas être considérée isolément, car elle n'est pas un argument suffisant; *il faut la placer parmi un ensemble de preuves « connexes »*.

Conclusions

I. — Il faut réserver le nom de scissurite à une inflammation plastique ou adhérentielle, intéressant soit les bords, soit les lèvres d'une scissure interlobaire.

Un épanchement liquide (séro-fibrineux ou purulent) dans ces régions constitue une pleurésie interlobaire.

II. — Au cours de l'enfance, les scissurites peuvent ressortir à des causes diverses; mais, le plus souvent, elles sont de nature tuberculeuse.

III. — L'exploration clinique ne permet pas d'en affirmer l'existence : elles n'ont qu'une *symptomatologie d'emprunt*.

Par contre les rayons X (examens radioscopiques et mieux films radiographiques) révèlent la présence de la plupart d'entre elles. Seules certaines scissurites, constatées à l'autopsie, ne donnent naissance à aucune image radiographique.

IV. — Elles siègent avec prédilection dans la partie antérieure d'une scissure.

Elles sont produites par une inflammation partie soit d'une adénopathie de voisinage, le plus souvent ca-

séeuse, soit d'un chancre pulmonaire d'inoculation tuberculeuse, soit encore d'une pleurésie de la grande cavité ou du médiastin.

V. — Dans l'enfance, leur *valeur séméiologique est grande*. Toutefois on doit être prudent avant d'affirmer leur nature tuberculeuse. *Des preuves « connexes »* doivent être fournies avant de conclure catégoriquement.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	PIÉRY.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 8 Novembre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AMEUILLE. — Les paradoxes de la symphyse pleurale. *Bulletin et Mémoire de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1922.
- ANGIRANY (d'Hauteville). — Le rôle de la radiologie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, 1930.
- BARJON. — Radio-diagnostic des affections pleuro-pulmonaires, Paris, 1916.
- Les pleurésies enkystées de la région du hile, carrefour hilair de la plèvre, étude clinique et radiologique. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Paris, 1914.
- Radio-diagnostic de la symphyse pleurale. *Paris Médical*, 1921.
- BECLÈRE. — Examen radioscopique des plèvres interlobaires et diagnostic de la sclérose de l'interlobe. *Presse Médicale*, mars 1902.
- BOIS. — Les pleurésies enkystées de la région du hile. *Thèse de Lyon*, 1914.
- BORMANS. — La pleurésie interlobaire. *Arch. Méd. Belges*, Bruxelles, 1904.
- CASTAIGNE (G.). — Etude physiologique de la plèvre malade. *Bulletin et Mémoire Soc. Méd. des Hôpit.*, Paris, 1900.
- CASTAIGNE (Joseph) et DEBRÉ. — Maladies de la plèvre. Paris, 1912.

- CAUTERIO. — Sulla frequenza, patogenesi e semiologia delle scissuriti e periscissuriti interlobari. *La Riforma Medica*, n° 41, 10 octobre 1927.
- CHAUFFARD. — La pleurésie interlobaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1905.
- La pleurésie interlobaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1914.
- CHAPERON (R.). — Etude radiologique du hile pulmonaire. *Paris Medical*, 5 février 1927.
- COMBY. — Un cas de pleurésie interlobaire. *Arch. de Méd. des Enfants*, Paris, 1906.
- COURCOUX et GILSON. — Image radiologique d'une lésion parascissurale. *Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose*. Séance du 11 janvier 1930, in *Revue de la Tuberculose*, mars 1930.
- COURTINE. — Les scissurites dans l'enfance et leur diagnostic radiologique. *Thèse de Doctorat de Paris*, 1926.
- DUFOURT (A.). — Pleurites et cortico-pleurites sous-mammaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique. *Gazette des Hôpitaux*, 24 juillet 1924, n° 44.
- DUFOURT (A.) et SÉGARD. — Cortico-pleurite tuberculeuse bénigne à foyers récidivants. *Revue de Médecine*, novembre 1919, n° 6.
- DUKEN (J.). — Die besonderheiten der röntgenologischen thorax-diagnostik im kindesalter als grundlage für die beurteilung des kindlichen tuberkulose. 2 vol., 1924.
- Die ambulante diagnostik der kinder tuberkulose mit einem beitrage von Prof. Dr. Beitzke (Graz). Ueber die pathologisch-anatomischen unterlagen für die diagnose der hilusdrusen-tuberkulose, 1 vol.
- DUPLAND. — Des pleurésies enkystées. *Province Médicale*, Lyon 1898.

- ENGEL (St.). — Die topographie der bronchialen lymphknoten und ihre präparatorische Darstellung. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung*, Bd. 64, Heft 3-4, 1928.
- ENGEL-PIRKET. — Handbuch der kinder-tuberkulose. *Georg Thiem, Verlag, Leipzig*, 1930.
- FLEISCHNER (Félix). — I. Die mediastino-interlobare pleuritis, ein hantiges vorkommen bei der mediastinal drusentuberkulose. *Acta Radiologica*, vol. 3, fasc. 4., 25 août 1924, n° 14.
- II. Das Röntgenbild der interlobären pleuritis und seine differential diagnose. *Ergebnisse der mediastinischen strahlentorschung. Röntgendiagnostik, Röntgenradium und Lichttherapie*. Band II, 1 volume, chez l'éditeur Georg Thiem, Leipzig, 1926.
- GARCIN. — *Journal de Radiologie*. Février 1922.
- GILSON. — Exploration radiologique des interlobes pulmonaires à l'état pathologique. *Journal de Radiologie*, Janvier 1922.
- GISMONDI. — La pleuriti interlobo-mediastinische. *XII^e Congresso Italiano de Pediatria*, Napoli, 1927.
- GLUGE. — La pleurésie sèche. *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 1920.
- GÖETT. — Die Röntgenuntersuchung in der Kinderheilkunde. In *Lehrbuch der Röntgenkunde*, Band II, 1 vol., Leipzig, 1925.
- GRALKA. — Röntgendiagnostik. *Verlag von S. Hirzel*, in Leipzig.
- GRASHBY. — Irrtümer der Röntgendiagnostik und Strahlentherapie. Edité par Georg Thiem, Leipzig, 1924.
- KLARE (Kurt). — Die Röntgenologische Diagnose und differential Diagnose der kindlichen intrathorakalen tuberkulose. 1 vol, Kurd Kabitzsch, Leipzig, 1925.

- KLEIN et ALLAIRE. — Pleurésie interlobaire et radioscopie. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1900.
- KLEINSCHMIDT (Hans). — Tuberkulose der Kinder, 2^e édition, 1 vol., J.-H. Barth, Leipzig, 1927.
- KÖHLER (Alban). — Grenzen des normalen und anfänge des pathologischen im Röntgenbilde. Edité chez Georg Thieme, Leipzig 1928.
- LEVESQUE (J.). — Les symphyses évolutives des séreuses au cours de la tuberculose de l'enfance. Rôle du chancre d'inoculation dans leur production, in *Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose*, 1925, p. 381-385.
- MARKOVITS (Emmerich). — Röntgendiagnostik der Erkrankungen innerer Organe in Tabellenform. Georg Thieme, Verlag, Leipzig, 1928.
- MÉRY. — Les pleurésies interlobaires. *Journal de Méd. Int.*, Paris, 1905.
- MÉRY et GIRARD. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 mai 1919.
- PÉHU (M.) et A. DUFOURT. — La tuberculose médicale de l'enfance, p. 297 et suiv., 346 et suiv., 371 et suiv. 1 volume, Doin éditeur, Paris, 1927.
- PÉHU (M.) et Mlle MOURET. — La tuberculose latente des interlobes pulmonaires chez l'enfant; son diagnostic radiologique. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 30 juin 1914. In *Lyon Médical*, 19 juillet 1914, tome 2.
- PÉHU (M.) et A. BROCHIER. — Sur les scissurites tuberculeuses de l'enfant. *Paris Médical*, 18 février 1928.
- PÉHU (M.) et VALLIN. — Examen anatomique d'une scissurite tuberculeuse (enfant de 11 mois). *Revue Française de Pédiatrie*, 1930.
- PIÉRY. — La tuberculose pulmonaire, 1 vol., Doin, 1910.
- PIÉRY. — La pleurite tuberculeuse à répétition. *Presse Médicale*, 1916.

- PIÉRY. — Les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire et leur valeur séméiologique. *Presse Médicale*, février 1919.
- PISSAVY (Al.), ROBINE et J. PISSAVY. — *Paris Médical*, 19 février 1927, n° 8.
- RIBADEAU-DUMAS. — In *Traité de Sergent*.
- In *Revue de la Tuberculose* 1923 : Sur une forme curable de la tuberculose ganglio-pulmonaire du nourrisson.
- Les images radiographiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Tubercules et réactions pérítuberculeuses.
- RIST et LEVESQUE. — Contribution à l'étude du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire de primo inoculation chez l'enfant. *Revue Française de Pédiatrie*, 1928.
- RIST et LEVESQUE. — Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. In *Revue de la Tuberculose*, février 1930.
- RIST et AMEUILLE. — Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. *Bulletin et Mémoire de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, décembre 1921.
- ROCHARD. — Topographie des scissures interlobaires du poumon. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.
- SABOURIN. — Le point de côté scissural. *Revue de Médecine*. Paris 1907.
- Interlobites sèches et pleurites en bouton de chemise. *Archive générale de Médecine*, Janvier 1912.
- Pseudo-épanchements de l'interlobe et pleurites mixtes chez les tuberculeux. *Arch. gén. de Médecine*, Mars 1912.
- Le point de côté paradoxal chez les tuberculeux. *Journal des Praticiens*. Mai 1914.
- Synthèse clinique des interlobites chez les tuberculeux. *Presse Médicale*, 1917.

- SAUPE (Erich). — Das Thorax Röntgenbild in frühesten Kindesalter, 1 vol. Lehmann, Munich, 1925.
- SCHINZ, BAEUSCH and FRIEDL. — Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Georg Thieme, Verlag, Leipzig, 1928.
- SIMON und RÖDEKER. — Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose, 1 vol. Kabitzsch, Leipzig, 1926.
- SERGENT. — Pleurites sèches et cortico-pleurites. *Paris Médic*, 1924.
- Les symphyses pleurales. *Bulletin Méd. Paris*, 1924.
- STEPHANI (J.). — La tuberculose pulmonaire vue aux rayons X. Payot, éditeur, Paris, 1928.
- STOLOFF. — Primary infection in tuberculosis : a study of six thousand three hundred and twenty, nine fluoroscopic examinations of children (*American Journal of diseases of children*, mai 1927).
- TESTUT. — Anatomie et topographie des scissures. In *Traité d'anatomie descriptive*.
- VANDEPUT. — Un cas de cortico-pleurite juxta-scissurale. *Journal de Méd. de Bruxelles*, 1914.
- WALLGREN (Arvid). — Notes sur le radio-diagnostic de la tuberculose infantile (*Acta paediatrica*, vol. V, fasc. 3-4, 6 mars 1926).
- WEILL et DUFOURT. — *Journal de Radiologie*, janvier 1922, n° 1.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE. — OBSERVATIONS	13
DEUXIEME PARTIE. — <i>Chapitre premier.</i> — Historique	29
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie normale des scissures interlobaires	33
<i>Chapitre III.</i> — Anatomie pathologique et genèse..	41
<i>Chapitre IV.</i> — Etiologie	53
<i>Chapitre V.</i> — Etude clinique	55
<i>Chapitre VI.</i> — Radiologie	63
<i>Chapitre VII.</i> — Evolution	75
<i>Chapitre VIII.</i> — Diagnostic différentiel	79
<i>Chapitre IX.</i> — Valeur séméiologique	85
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ,

LYON



